Ekspertu ziņojums Nr. 3

Latvijā spēkā esošo psihologu, psihoterapeitu un psihoterapijas speciālistu pakalpojumu sniegšanas kārtības izvērtējums un priekšlikumu izstrāde tās pilnveidei

2026. gada 7. augustā

Ziņojums sagatavots Eiropas Savienības kohēzijas politikas programmas 2021. – 2027. gadam specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot vienlīdzīgu un savlaicīgu piekļuvi kvalitatīviem, ilgtspējīgiem un izmaksu ziņā pieejamiem veselības aprūpes, veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, uzlabojot veselības aprūpes sistēmu efektivitāti un izturētspēju" Eiropas Sociālā fonda Plus projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros, saskaņā ar Veselības ministrijas iepirkumu Nr. VM 2024/14/ESF un pakalpojuma Līgumu Nr. 01-32.8.3.2/126.

Satura rādītājs

1. Klīnisko un veselības psihologu statuss ārstniecības procesā.....5

1.1. Problēma 5

1.2. Priekšlikumi 11

1.3. Pamatojums.....14

1.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 14

1.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 14

2. Psihoterapijas speciālistu statuss ārstniecības procesā. Profesijas nosaukuma "psihoterapijas speciālists" pacientu maldināšanas potenciāls un nepietiekama noregulēšana 16

2.1. Problēma 16

2.2. Priekšlikumi 17

2.3. Pamatojums.....19

2.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 20

2.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 21

3. Diferencēti valsts līmeņa klīniskie ceļi, iekļaujot ārstēšanas pēctecības principus starp ģimenes ārstu, psihiatru, ārstu-psihoterapeitu, psihologu (*medicīnas* psihologu), *psihoterapeitu* un rehabilitācijas komandām. Pakalpojumu kvalitātes kontroles mehānismi. Valsts apmaksāto psiholoģisko/psihoterapeitisko pakalpojumu pieejamības uzlabošana.....23

3.1. Problēma 23

3.2. Priekšlikumi 25

3.3. Pamatojums.....28

3.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 28

3.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 29

4. Valsts apmaksāto pakalpojumu groza papildināšana 30

4.1. Problēma 30

4.2. Priekšlikumi 30

4.3. Pamatojums.....33

4.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 34

4.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 34

5. Dažādo psihiskās veselības speciālistu kompetences ārstniecībā un pacientu tiesību aspekti 36

5.1. Problēma 36

5.2. Priekšlikumi 36

3. tabula *Psihologu kompetences jomas un to apraksts klīniskajiem un veselības psihologiem un medicīnas psihologiem* 41

5.3. Pamatojums....43

5.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 44

5.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 45

6. Novērojama finansiāla nevienlīdzība: ilgtermiņa, klīniski nepieciešamo psiholoģisko vai psihoterapeitisko palīdzību bieži iespējams saņemt tikai privātajā sektorā, kas daļai pacientu nav pieejams....46

6.1. Problēma 46

6.2. Priekšlikumi 47

6.3. Pamatojums....48

6.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 49

6.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 49

7. Kvalitātes prasības pakalpojumu nodrošināšanā (speciālistu uzskaites kārtība, t.sk., iestādes, kurās sniedz pakalpojumus) 50

7.1. Problēma 50

7.2. Priekšlikumi 50

7.3. Pamatojums....51

7.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums? 52

7.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot? 53

1. pielikums Nodevumā definēto problēmu, piedāvāto risinājumu un nepieciešamo izmaiņu konspektīvs apskats....54

Ziņojuma Nr. 3 autori, ekspertu darba grupas sastāvs: 73
Ziņojums Nr. 3 izstrādāts ar piesaistīto ekspertu atbalstu: 73

1. Klīnisko un veselības psihologu statuss ārstniecības procesā

1.1. Problēma

Saskaņā ar Ministru kabineta 2024. gada 1. oktobra noteikumu Nr. 630 "Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra noteikumi" 1. pielikuma "Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzskaites kartes un izmaiņu lapas aizpildīšanā izmantojamie klasifikatori un saraksti" 1.2. sarakstu, klīniskie un veselības psihologi ir ārstniecības atbalsta personas profesija, kas var reģistrēties ārstniecības atbalsta personas statusā. Ārstniecības likuma (turpmāk - ĀL) 1. panta 25. punkts ārstniecības atbalsta personu definē kā personu, kurai nav tiesību nodarboties ar ārstniecību, bet kura ir tieši iesaistīta veselības aprūpes procesa nodrošināšanā. Šobrīd klīniskie un veselības psihologi nav iekļauti MK 2009. gada 24. februāra noteikumos Nr. 193 "Noteikumi par ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificējamo ārstniecības atbalsta personu profesijām" (turpmāk - Noteikumi Nr. 193). Savukārt psihologu darbību reglamentē Psihologu likums, MK 2018. gada 29. maija noteikumi Nr. 301 "Psihologu noteikumi" un MK 2018. gada 29. maija noteikumi Nr. 302 "Psihologu sertifikācijas padomes nolikums". Psihologu likums arī skaidri definē psihologu sertifikāciju, resertifikāciju un profesionālo darbību, tās pārraudzību.

Uz klīnisko un veselības psihologu, kas strādā ārstniecības iestādē un ir reģistrējušies kā ārstniecības atbalsta personas (turpmāk - ĀAP), profesionālo darbību ir attiecināms ĀL un visi ar to saistītie Ministru kabineta noteikumi - tieši tiktāl, ciktāl ĀAP piedalās ārstniecības procesā. ĀL 1. panta 1. punkts definē ārstniecību kā "*profesionālu un individuālu slimību profilaksi, diagnostiku un ārstēšanu, medicīnisko rehabilitāciju un pacientu aprūpi [...]*", savukārt psihologu profesionālās darbības aprakstā norādīts, ka psihologi veic personas psiholoģiskā stāvokļa, problēmu izvērtēšanu, psiholoģisko palīdzību, rehabilitācijas procesu, psihiskās veselības veicināšanu un traucējumu profilaksi. No minētā izriet, ka ĀL 1. panta 1. punktā aprakstītais atbilst vairākiem no norādītās definīcijas punktiem.

Šobrīd Latvijā bakalaura programmu Psiholoģijā iespējams apgūt 4 universitātēs - Latvijas Universitātē, Rīgas Stradiņa universitātē, Daugavpils universitātē un Riga Nordic University; savukārt maģistra programmas Psiholoģijā iespējams apgūt divās universitātēs - Latvijas universitātē un Rīgas Stradiņa universitātē. Sekojoši, salīdzinot Latvijas universitātē un Rīgas Stradiņa universitātē apgūstamos priekšmetus gan bakalaura, gan maģistra programmās, secināms, ka netiek nodrošināts pietiekošs apjoms ar veselības aprūpes jomā definētajiem priekšmetiem, kas ļautu speciālistiem tikt definētiem kā ĀP (1. tabula).

1.tabula - Bakalaura un maģistra studiju programmu Psiholoģija studiju kursu uzskaitījums un salīdzinājums Rīgas Stradiņa universitātē un Latvijas universitātē

Rīgas Stradiņa universitāte - bakalaura programma Psiholoģija [1]		Latvijas universitāte - bakalaura programma Psiholoģija[2]	
Obligātie kursi	ECTS	Obligātie kursi	ECTS
Akadēmiskās pamatprasmes psiholoģijas studijās	6	Akadēmiskā un profesionālā ētika psiholoģijā	3
Angļu valoda psiholoģijā	6	Angļu valoda psihologiem	6
Psihofizioloģija	3	Attīstības psiholoģija	6
Paplašinātā pirmā palīdzība un civilā aizsardzība	3	Civilā aizsardzība	2
Psihologa profesionālās darbības tiesiskie aspekti	3	Ievads juridiskajā psiholoģijā	3
Ievads psiholoģijas zinātnē	6	Ievads psiholoģijas zinātnē	5
Kognitīvā un emociju psiholoģija	6	Kognitīvā psiholoģija	6
Intervēšanas un konsultēšanas pamatprasmes	6	Komunikācijas prasmju treniņš	6
Kritiskā domāšana un zinātnes filozofija psiholoģijā	6	Kritiskā domāšana studiju procesā	6
Kursa darbs	3	Kursa darbs	3
Klīniskā psiholoģija	3	Mūsdienu psiholoģijas vēsture	6
Neiropsiholoģija	3	Neiropsiholoģija	6
Sociālā psiholoģija	6	Organizāciju psiholoģija	6
Patopsiholoģijas pamati	3	Patopsiholoģija	6
Pētījums psiholoģijā praksē	3	Pedagoģiskā psiholoģija	6

[1] Rīgas Stradiņa universitāte - *Bakalaura programma Psiholoģija* https://www.rsu.lv/studiju-programma/psihologija-bak (sk. 01.08.2026.)

[2] Latvijas universitāte - bakalaura programma Psiholoģija https://www.lu.lv/studijas/studiju-celvedis/programmu-un-kursu-katalogi/programmu-mekletajs/?tx_lustudycatalogue_pi1%5Baction%5D=detail&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bcontroller%5D=Course&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bprogram%5D=20484&cHash=476b814fb245adc6c1747d24d5093508 (sk. 01.08.2026.)

Individuālo atšķirību un personības psiholoģija	6	Personības psiholoģija	6
Psihobioloģija un neiropsiholoģija	9	Psihes bioloģiskie pamati	6
Psiholoģiskās izpētes pamati	6	Psiholoģiskās konsultēšanas pamati	6
Kvantitatīvie dati un to ieguves metodes psiholoģijā	6	Pētījuma metodes un psiholoģiskā novērtēšana I	6
Pētījums psiholoģijā	6	Pētījumu metodes un psiholoģiskā novērtēšana II	6
Psihometrika	3	Sociālā psiholoģija	6
Matemātiskā statistika psiholoģijā	3	Statistika psiholoģijā I	3
Statistiskās datu apstrādes metodes psiholoģijā	6	Statistika psiholoģijā II	3
Uzņēmējdarbība	3	Vides aizsardzība	2
Veselības psiholoģija	3	Ģenētikas pamati psihologiem	3
Psiholoģiskā izpēte	6	Ģimenes psiholoģija	3
Ierobežotās izvēles kursi	30	Akadēmiskā prakse psiholoģijā	6
Bakalaura darbs	15	Bakalaura darbs	15
		Ierobežotās izvēles kursi	30

Rīgas Stradiņa universitāte - maģistra programma Veselības psiholoģija 3	Latvijas universitāte - maģistra programma Psiholoģija[4]

[3] Rīgas Stradiņa universitāte - *Bakalaura programma Psiholoģija* https://www.rsu.lv/studiju-programma/psihologija-bak (sk. 01.08.2026.)

[4] Latvijas universitāte - maģistra programma Psiholoģija https://www.lu.lv/studijas/studiju-celvedis/programmu-un-kursu-katalogi/programmu-mekletajs/?tx_lustudycatalogue_pi1%5Baction%5D=detail&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bcontroller%5D=Course&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bprogram%5D=20484&cHash=476b814fb245adc6c1747d24d5093508https://www.lu.lv/studijas/studiju-celvedis/programmu-un-kursu-katalogi/programmu-mekletajs/?tx_lustudycatalogue_pi1%5Baction%5D=detail&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bcontroller%5D=Course&tx_lustudycatalogue_pi1%5Bprogram%5D=20479&cHash=e28c2b0af4752c3585a0b2abe3105b5f (sk. 01.08.2026.)

Obligātie kursi	ECTS	Obligātie kursi	ECTS
Izpētes metodes psiholoģijā	6	Psiholoģisko pētījumu metodoloģija, datu analīze un interpretācija	3
Krīžu un traumu psiholoģija	3	Psiholoģiskā izpēte un metodes	6
Kvantitatīvo un kvalitatīvo pētījumu metodoloģija	3	Psiholoģiskā konsultēšana un psihoterapijas pamati	6
Organisma funkciju regulācija un veselība	3	Uzņēmējdarbība, projektu izstrāde un vadība	3
Psihologa kompetences psiholoģiskajā konsultēšanā	3	Prakse I	6
Psihologa profesionālā darbība	3	Prakse II	9
Psiholoģiskās izpētes un konsultēšanas prakse I	15	Prakse III	15
Psiholoģiskās izpētes un konsultēšanas prakse II	21	Prakse IV	9
Īstermiņa konsultēšana	3	Maģistra darbs	30
Kognitīvi biheiviorālās pieejas metodes psiholoģiskajā konsultēšanā	3	Ierobežotas izvēles kursi - Klīniskā un veselības psiholoģija	
Metodisko materiālu izstrāde un psihoizglītošana psiholoģijas praksē	3	Klīniskā un veselības psiholoģija	3
Statistikas metodes psiholoģijas pētījumos	3	Kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas pamatprincipi	3
Grupu konsultēšana	3	Krīzes un vardarbības psiholoģija	3
Maģistra darba izstrāde	6	Neiropsiholoģija	3
Maģistra darba izstrāde un aizstāvēšana	21	Psihiatrija un psihopatoloģija	3
Kvalifikācijas eksāmens	3	Psiholoģiskā izpēte II	3
Izvēles daļa	18	Psihoterapijas metodes un teorijas pieaugušajiem	3

		Psihoterapijas teorijas un metodes bērniem	3
		Izvēles daļa	9

Klīniskie un veselības psihologi nav ārstniecības personas (turpmāk - ĀP**)**, taču tie darbojas ārstniecības vidē un viņam ir jāievēro attiecīgais tiesiskais regulējums. Tomēr pasaules līmeņa vadlīnijas[5,6] un speciālistu praktiskā darbība atbilstoši citu valstu un pasaules līmeņa rekomendācijām, uzskatāma par ārstniecību. Pacienta ārstniecības process var gan veicināt pacienta atlabšanu, gan nodarīt kaitējumu pacienta veselībai un dzīvībai, ja nenotiek saskaņā ar vadlīnijām, tādēļ šobrīd tiesiskais regulējums par to, kā klīniskie un veselības psihologi ir iesaistīti ārstniecības procesā, pēc būtības būtu uzskatāms par nekorektu. Šī brīža juridiskais segums to neatspoguļo, nenodrošinot pietiekošu pacientu tiesību aizsardzību un speciālistu darbības ietekmes atbilstošu novērtējumu.

Šobrīd novērojama disonance starp klīniskajiem un veselības psihologiem, kas ir reģistrējušies kā ĀAP un strādā gan ārstniecības iestādē (turpmāk - ĀI), gan privātpraksē. ĀL 12.[7] pants nosaka, ka ĀAP ir tiesīga iesaistīties veselības aprūpes procesa nodrošināšanā, ja tā ir reģistrēta ĀP un ĀAP reģistrā. Ministru kabineta 2009. gada 24. februāra noteikumu Nr. 193 "Noteikumi par ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificējamo ārstniecības atbalsta personu profesijām" 1. punkts nosaka, ka noteikumi nosaka ĀAP sertifikācijas kārtību un sertificējamo ĀAP profesijas, savukārt 2. punkts paredz, ka noteikumi attiecas uz personām, kuras strādā ĀI un ir tieši iesaistītas veselības aprūpes procesa nodrošināšanā. Tādējādi ĀP un ĀAP reģistrā ir jābūt tikai tām personām, kuras savā iegūtajā profesijā strādā ĀI un ir tieši iesaistītas veselības aprūpes procesa nodrošināšanā.

Proti, gadījumā, ja persona ir ieguvusi izglītību kā klīniskais un veselības psihologs, bet institūcija, kurā tā strādā, nav ĀI un amata pienākumiem nav saistība ar veselības aprūpes

---

[5] National Institute for Health and Care Excellence. *Depression in adults: treatment and management. NICE Guideline NG222.* Pieejams: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222 (skatīts 25.06.2026).

[6] National Institute for Health and Care Excellence. *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical Guideline CG113. Recommendations.* Pieejams: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations (skatīts 25.06.2026).

[7] Zāļu valsts aģentūra. *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze: Psihiatrija. Latvijā apstiprinātās psihiatrijas tehnoloģijas*. Pieejams: https://dati.zva.gov.lv/mtdb/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/psihiatrija (skatīts 26.06.2026).

procesa nodrošināšanu, tai nav jāiegūst ĀAP sertifikāts un nav jāreģistrējas ĀP un ĀAP reģistrā. Līdz ar to speciālistiem, kas praktizē privātpraksēs un nav reģistrējušies kā ĀAP, nav nepieciešams ievērot visas Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ĀI un to struktūrvienībām" paredzētās prasības. Tomēr nevienā tiesību aktā nav skaidri definēts, kā atvieglot iedzīvotāju izpratni par to, vai klīniskais un veselības psihologs ir reģistrēts kā ĀAP un sniedz ĀAP pakalpojumus un kuriem jāievēro ĀL likumiskais segums tiktāl, cik to paredz ĀAP tiesiskais regulējums. Vienlaikus nav skaidri identificējams, kā tiek nodrošināta klīnisko un veselības psihologu, kuri reģistrējušies kā ĀAP un sniedz pakalpojumus privātpraksēs, uzraudzība un kontrole atbilstoši ārstniecības jomu regulējošo tiesību aktu prasībām. Ņemot vērā esošo tiesisko regulējumu, speciālistiem, kas ir reģistrēti kā ĀAP, privātpraksēm ir jābūt atbilstošām visiem MK saistošajiem noteikumiem.

Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" (turpmāk - Noteikumi Nr. 555) 4.7. punkts nosaka, ka psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību sniedz, ja palīdzību sniedz multiprofesionāla komanda medicīniskās rehabilitācijas programmas ietvaros, savukārt 107. punkts precizē, ka multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda dienas stacionārā vai stacionārajā ĀI. Līdz ar to šobrīd nav precizēta ne multiprofesionālās ambulatorās komandas darbība, ne klīnisko un veselības psihologu iesaiste tajā.

Klīniskie un veselības psihologi ikdienas darbā pielieto medicīnas tehnoloģijas, tomēr, šo konkrēto metožu lietošana pati par sevi nenosaka speciālista ārstniecisko kompetenci. Profesionālās tiesības, atbildība un patstāvīgas ārstniecības apjoms būtu nosakāmi atbilstoši speciālista pamata izglītībai, profesionālajam statusam un tam atbilstošajām kompetencēm, sertifikācijas nosacījumiem, normatīvajos aktos noteiktajām kompetencēm, kā arī reģistrācijas un sertifikācijas prasībām un pacienta klīniskā riska pakāpei. Atsevišķi nav definēti speciālisti, kas šobrīd ir strādājoši ĀI kā klīniskie un veselības psihologi, un ir apguvuši citus profesionālās izglītības kursus, piemēram, kognitīvi biheiviorālo terapiju (turpmāk - KBT), psihodinamisko psihoterapiju.

Šobrīd Zāļu valsts aģentūras Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē aprakstīta vispārīga informācija par Psiholoģijas tehnoloģijām[8], kas pēdējo reizi atjaunota 2013. gadā un Latvijā apstiprinātajām psihiatrijas tehnoloģijām[2], kas pēdējo reizi atjaunota 2003. gadā, līdz ar to, neatbilst pasaules līmeņa vadlīnijām pacientu ārstēšanā un sabiedrības labklājības nodrošināšanā.

1.2. Priekšlikumi

Šobrīd Latvijā[9,10] maģistra grāds psiholoģijā pēc būtības ir sociālo zinātņu maģistra grāds, savukārt, piemēram, Somijā[11] maģistra grāds psiholoģijā pēc būtības ir maģistra grāds veselības un medicīnas zinātnēs, Beļģijā – starpdisciplinārs. Atšķirīgs ir arī speciālistu sadalījums pēc maģistra grāda psiholoģijā iegūšanas, piemēram, Somijā – veselības psihologs, konsultatīvais psihologs, klīniskais psihologs u.c., savukārt, Lietuvā – klīniskais psihologs, medicīnas psihologs u.c.

Veicamas izmaiņas izglītības programmā, papildinot ar tālākizglītību medicīnas un dzīvības zinātņu jomā pēc maģistra grāda psiholoģijā iegūšanas, aptverot papildu klīniskos un ārstniecības kursus. Eiropā un pasaulē, atkarībā no valsts, šie kursi ir iekļauti maģistra programmā, t.i., psihologiem nepieciešams apgūt bioloģiskos, medicīniskos priekšmetus (anatomijas un fizioloģijas pamatus, neirozinātnes/neiroloģiju, psihofarmakoloģiju, psihopatoloģiju (SSK-10, DSM diagnostiku), medicīnisko ētiku) un klīniskos priekšmetus (klīniskā intervija un diagnostika, riska novērtēšana (suicīds, psihoze), klīnisko praksi ar supervīziju (parasti 500 - 1500 stundas), sadarbība ar ārstiem-psihiatriem), kā arī juridiski - administratīvos (pacientu tiesību likumdošana, konfidencialitāte un tās robežas, obligātā ziņošana) priekšmetus. Latvijā daļa šo kursu jau ir iekļauti psihologu studiju programmās, taču to apjomu būtu ieteicams palielināt, lai speciālisti iegūtu padziļinātu izpratni par darbu ĀI.

---

[8] Zāļu valsts aģentūra. *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze: Psiholoģijas tehnoloģijas*. Pieejams: https://dati.zva.gov.lv/mtdb/30-rehabilitacijas-mediciniskie-pakalpojumi/psiholoijas-tehnoloijas (skatīts 26.06.2026).

[9] Latvijas Universitāte. *Psiholoģija (profesionālā maģistra studiju programma).* Pieejams: https://www.lu.lv/studijas/studiju-programmas/magistra-limena-studijas/psihologija-1/ (skatīts 26.06.2026).

[10] Rīgas Stradiņa universitāte. *Veselības psiholoģija (profesionālā maģistra studiju programma).* Pieejams: https://www.rsu.lv/studiju-programma/veselibas-psihologija (skatīts 26.06.2026).

[11] University of Helsinki. Faculty of Medicine. *Psychology.* Pieejams: https://www.helsinki.fi/en/faculty-medicine/research/disciplines/psychology (skatīts 26.06.2026).

Šāda prakse ļautu pilnvērtīgi definēt speciālistu darbību ārstniecības procesā, kā arī paplašinātu pacienta tiesību aizsargāšanu, saņemot palīdzību pie konkrētā speciālista.

Rekomendējams veikt sekojošas izmaiņas:

1. Izveidot starpdisciplināru tālākizglītības papildizglītības programmu pēc maģistra grāda psiholoģijā iegūšanas ar atbilstošu apmācību apjomu (līdz 2 akadēmisko semestru apjomā) medicīnas un dzīvības zinātņu jomā tiem klīniskajiem un veselības psihologiem, kas ir strādājoši (vai vēlas uzsākt darbību) ĀI, tādējādi paredzot, ka speciālisti, kas iziet paredzētās apmācības, turpina vai uzsāk savu profesionālo darbību kā ĀP. Apmācībās rekomendējams nodrošināt studiju kursus anatomijā, fizioloģijā, patoloģiskajā fizioloģijā, bioloģijā, ģenētikā, ievads psihofarmakoloģijā un klīniskajā psihiatrijā augstākās izglītības līmenī 21 - 60 ECTS (vai ekvivalenta akadēmiskajās stundās) apjomā; līdzvērtīgi kā to šobrīd veic reflektanti, kas vēlas uzsākt mācībās maģistrantūras studiju programmā Mākslas terapeits bez iepriekšējas īsā cikla vai pirmā cikla augstākās izglītības veselības aprūpes jomā.[12] Atbilstošu studiju apjomu un ilguma precizēšana iespējama pēc detalizētas studiju programmu izvērtēšanas. Pēc programmas apguves un normatīvajos aktos noteikto reģistrācijas un sertifikācijas prasību izpildes speciālists iegūst ĀP statusu medicīnas psihologa profesijā. Ilgtermiņā izvērtējama iespējama psiholoģijas programmu pāreja starpdisciplinārā apmācībā, pievienojot šos kursus maģistrantūras programmai.
2. Personām, kas ieguvušas maģistra grādu klīniskajā un veselības psiholoģijā un nevēlas turpināt apmācību tālākizglītības programmā, nav piešķirams ĀP statuss; speciālisti, kas nav strādājoši ĀI, nedrīkst norādīt, ka nodarbojas ar ārstniecību. Papildus tiek rekomendēts pārtraukt klīnisko un veselības psihologu reģistrēšanu kā ĀAP.
3. Speciālisti, kas ir strādājoši gan ĀI, gan privātpraksē, saglabā ĀP statusu, tādējādi nepieciešams veikt privātprakšu atbilstošu pielāgošanu saskaņā ar Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ĀI un to struktūrvienībām" prasībām, veikt šo privātprakšu regulāru pārraudzību un kontroli atbilstoši likumā noteiktajam.

---

[12] RSU Studiju programma - *Mākslas terapija*
https://www.rsu.lv/studiju-programma/makslas-terapija (sk. 01.08.2026.)

4. Klīniskā un veselības psihologa profesijas nosaukuma maiņa, veicot sadalījumu *medicīnas* psihologs (ieguvis nepieciešamo papildu izglītību starpdisciplinārā programmā) un *klīniskais un veselības* psihologs (ar iegūtu maģistra grādu psiholoģijā, nevar strādāt ĀI, bet var veikt psiholoģiskās izpētes ārpus ĀI, piemēram, bāriņtiesās, skolās un tml., nevar sniegt ilgtermiņa valsts apmaksātu psiholoģisko atbalstu, palīdzību). Šāda veida sadalījums ļautu piesaistīt plašāku speciālistu loku, jo medicīnas psihologu integrēšana ārstniecībā, ļautu izveidot konkurētspējīgu atalgojumu valsts sektorā strādājošajiem *medicīnas psihologiem*. Šobrīd garās rindas pie psihologiem tādā veidā izdotos samazināt, un plašākam pacientu lokam būtu pieejama psiholoģiskā palīdzība. Savlaicīga psiholoģiskā palīdzība un ilgtermiņa psiholoģiskais atbalsts veicinātu agrīnu veselības problēmu risināšanu, tādējādi samazinot psihisko un somatisko saslimšanu paasinājumu risku. Savukārt tas provizoriski ļautu samazināt nepieciešamo stacionēšanas reižu skaitu, uzturēšanās ilgumu stacionārā, kā arī atkārtotu hospitalizāciju biežumu, kas ilgtermiņā varētu radīt pozitīvu ietekmi uz valsts resursu izlietojuma efektivitāti, samazinoties izdevumiem par darbnespējas lapām, invaliditāti un stacionārās ārstēšanas epizodēm.
5. Psihologus, kas ieguvuši ĀP statusu un vēl papildus apguvuši profesionālo tālākizglītību atbilstošā apjomā KBT vai psihodinamiskajā psihoterapijā (vai citā augstas kvalitātes pierādījumos balstītā psihoterapijas metodē), iegūstot sertifikāciju šajās psihoterapijas jomās, pārdēvēt par *"psihoterapeitiem"*. Šāds nosaukums nav pielīdzināms ārsta-psihoterapeita pamatspecialitātei, un ir būtiski to skaidri nodalīt, lai neradītu maldinošu priekšstatu par profesionālo kvalifikāciju un kompetenci.
6. Paredzēto veicamo izmaiņu laikā, izveidot pārejas periodu. Pārejas periodu nodrošināt līdz 5 gadu garumā (vadoties pēc pieejas, kas šobrīd tiek izmantota arī likumprojektā grozījumiem likumā "Par tiesu varu" (atbalstīts Saeimā pirmajā lasījumā), paredzot pārejas periodu no 2027. gada līdz 2033. gadam tiesneša palīgu amatu pakāpeniskai pārveidei par tiesas jurista amatiem), kuru laikā paredzēta iespēja klīniskajiem un veselības psihologiem, kas vēlas turpināt darbu ĀI un kļūt par ĀP, apgūt nepieciešamos tālākizglītības kursus 2 semestru apjomā, iegūstot nepieciešamās zināšanas medicīnas un dzīvības zinātņu jomā, turpinot savu profesionālo darbību pārejas perioda laikā. Rekomendēts pārejas perioda beigās atcelt klīnisko un veselības psihologu reģistrāciju kā ĀAP, līdz ar to ĀAP sertifikāti, kas izsniegti līdz grozījumu spēkā stāšanās dienai, zaudētu spēku. Pārejas noteikumu

izstrādē rekomendēts papildus pievērsties un tos pilnveidot, kā piemēram, tas šobrīd tiek organizēts atkarību psihiatra izveidē.

7. Iekļaut *medicīnas psihologus*, *psihoterapeitus* likuma "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" 9. pantā.

1.3. Pamatojums

Veiktās izmaiņas gan speciālistu apmācības procesā, gan normatīvajā regulējumā stiprinātu pacientu tiesību un interešu aizsardzību. Skaidri definēta speciālistu atbildība, precizēts kompetenču sadalījums un ārstniecības personu iesaiste ārstniecības procesā, vienlaikus paplašinot to atbildības apjomu, veicinātu drošāku un caurskatāmāku veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Šobrīd valsts apmaksātu pakalpojumu ietvarā ārstniecības procesā tiešā veidā tiek iesaistītas personas, kurām ir ierobežotas tiesības piedalīties ārstēšanas procesā, to profesionālā darbībā nav pilnvērtīgi pārraugāma, atbildība par sniegto pakalpojumu un tā iespējamajām negatīvajām sekām, nav pilnvērtīgi nodrošināma. Skaidrāk definētas atbildības un konkrēta loma ārstniecības procesā sniegtu pacientiem nepieciešamo juridisko aizsardzību. Veiktās izmaiņas varētu būt motivējošas speciālistiem to iesaistei valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanā. Turklāt ĀP statusa iegūšana ļautu uzlabot speciālistu savstarpējo komunikāciju, ļaujot pilnvērtīgi izmantot valstī pieejamos elektroniskos resursus informācijas apritei starp multiprofesionālās komandas speciālistiem.

1.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Šobrīd klīniskie un veselības psihologi ir ĀAP, kas nepilnīgi atspoguļo speciālistu profesionālo darbību un tās ietekmi uz pacienta veselības stāvokli ārstniecības un rehabilitācijas procesā. Vienlaikus Eiropas un starptautiskajās klīniskajās vadlīnijās arvien lielāks uzsvaru tiek likts uz nemedikamentozo terapiju, tostarp psiholoģiskajām un psihoterapeitiskajām intervencēm kā būtisku ārstniecības sastāvdaļu. Šobrīd klīnisko un veselības psihologu reģistrācija kā ĀAP un to darbība ĀI ar *pacientiem*, un ārpus ĀI ar *klientiem* nepilnīgi atspoguļo klīnisko un veselības psihologu darbības tvērumu.

Veiktās izmaiņas normatīvajā regulējumā, tostarp pārejas perioda noteikšana, veicinātu gan pacientu tiesību aizsardzību, gan skaidrāku speciālistu profesionālās atbildības nodalījumu, nošķirot *medicīnas* psihologu un *klīnisko un veselības* psihologu kompetences.

1.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Nepieciešams:

1. Veikt korekcijas MK noteikumos Nr. 460 1. pielikumā “Reglamentēto profesiju specialitāšu un apakšspecialitāšu saraksts” 52. Punktā - papildināt ar *medicīnas* psihologs un klīniskais un veselības psihologs;
2. Veikt izmaiņas MK Nr. 617 “Noteikumi par ĀP un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”, papildinot ar pēc maģistra grāda psiholoģijā iegūšanas apgūta tālākizglītības programma medicīnas un dzīvības zinātnēs, ļaujot speciālistam iegūt ĀP statusu *medicīnas* psihologa profesijā;
3. Veikt izmaiņas ĀL, Pacientu tiesību likumā, MK Nr. 134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu”, MK Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”, MK Nr. 460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”, MK Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”, MK Nr. 617 “Noteikumi par ĀP un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”, Likumā “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu”, Psihologu likumā, MK Nr. 301 “Psihologu noteikumi”, MK Nr. 302 “Psihologu sertifikācijas padomes nolikums”, MK Nr.193 “Noteikumi par ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificējamo ārstniecības atbalsta personu profesijām”, MK Nr. 264 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām”.

2. Psihoterapijas speciālistu statuss ārstniecības procesā. Profesijas nosaukuma "psihoterapijas speciālists" pacientu maldināšanas potenciāls un nepietiekama noregulēšana

2.1. Problēma

Šobrīd likumdošanā ir novērojami trūkumi psihoterapijas speciālistu tiesiskajā regulējumā. Likumā "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" un MK noteikumos Nr. 460 "Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām" psihoterapijas speciālisti atsevišķi netiek izdalīta kā profesija. MK 2017. gada 23. maija noteikumu Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām" pielikuma "Profesiju klasifikators" 308. atsevišķajā grupā "Psihologs" ir iekļauts psihoterapijas speciālists (308.8. apakšpunkts), kas pēc savas būtības iekļauj tikai tos psihoterapijas speciālistus, kas ir ieguvuši maģistra grādu psiholoģijā. Atsevišķi netiek izdalīti speciālisti, kas ieguvuši bakalaura vai maģistra grādu citā jomā.

MK 2024. gada 24. septembra noteikumu Nr. 617 "Noteikumi par ĀP un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" 311. punkts nosaka, ka "psihoterapeits" ir ārsta pamatspecialitāte. Savukārt likuma "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" 5. pants paredz, ka likumā noteikto reglamentēto profesiju un to specialitāšu, apakšspecialitāšu vai papildspecialitāšu nosaukumu izmantošana ir atļauta tikai gadījumos, kad attiecīgajai personai ir atbilstošs likumā noteikts izglītību un profesionālo kvalifikāciju apliecinošs dokuments.

Saskaņā ar Latvijas Republikas tiesībsarga 2024. gada 17. janvāra atzinumu pārbaudes lietā Nr. 2023-15-27L psihoterapijas speciālisti atšķirībā no psihoterapeita nav tiesīgi veikt ārstniecību, un atšķiras arī psihoterapijas speciālistu un psihologu profesionālajā darbībā izmantotās metodes. Psihoterapijas speciālistu apmācība izvēlētajā psihoterapijas virzienā ir sistemātiska izglītība vismaz 4 gadu apjomā ar kopējo stundu skaitu ne mazāk kā 1600 atbilstošā psihoterapijas virziena mācību programmas ietvaros, ko realizē mācību organizācijas ar juridiskas personas statusu Latvijā vai ārvalstīs (atbilstoši Latvijas Psihoterapeitu biedrības Kārtības ruļļa 2.7. punktam "Mācību organizācijas" ir organizācijas, kuras realizē pilnu izglītības programmu psihoterapijā vai psihoterapijas virzienā). Tomēr, līdzīgi kā psihologu izglītībā, arī šajā apmācībā netiek nodrošināts ārstniecības personām nepieciešamais klīnisko

medicīnas zināšanu un prasmju apjoms, kas nepieciešams ārstniecības veikšanai. Izņēmums ir gadījumi, kad speciālists vienlaikus ir ieguvis vai iegūst ārsta profesionālo kvalifikāciju.

Tiesībsargs atzinumā ir norādījis arī uz nepieciešamību izveidot šīs profesijas skaidru tiesisko regulējumu, nosakot izglītības un kvalifikācijas prasības, profesionālās darbības metodes, kā arī precīzu profesijas noteikšanu Profesiju klasifikatorā. Tiesībsargs uzsver, ka šādu prasību noteikšanas un to ievērošanas uzraudzības trūkums nav samērojams ar sabiedrības interesēm veselības aizsardzības jomā. Līdz šim brīdim Tiesībsarga atzinumā ietvertās rekomendācijas nav īstenotas.

Būtiski arī norādīt, ka "*psihoterapijas speciālista*" nosaukums var būt maldinošs, jo tas var radīt nepareizu priekšstatu par speciālista statusu (ĀP vai pakalpojuma sniedzējs). Turklāt gan psihoterapijas speciālistiem, gan ārstiem-psihoterapeitiem ir noteikts sertifikācijas process, kas var radīt maldinošu priekšstatu pakalpojumu saņēmējiem, jo sertifikācija sabiedrībā tradicionāli tiek saistīta ar ārstniecības personas profesionālo kvalifikāciju un tiesībām praktizēt attiecīgajā specialitātē.

2.2. Priekšlikumi

Nepieciešams noteikt skaidru nošķīrumu starp "*ārstu-psihoterapeitu*", "*psihoterapeitu*" un "*psihoterapijas speciālistu*" gan pēc to tiesiskā statusa un profesionālās kompetences, gan pēc profesijas nosaukuma, ņemot vērā, ka "*ārsts-psihoterapeits"* ir reglamentēta ārsta pamatspecialitāte, "*psihoterapeits*" ir atzīstama kā papildspecialitāte speciālistiem, kas iepriekš apguvuši maģistra līmeņa studijas un ir reģistrējušies kā ĀP, savukārt "*psihoterapijas speciālists*" nav ĀP ĀL izpratnē, ir apguvuši maģistra līmeņa studijas humanitārajās, sociālajās zinātnēs.

Tādējādi tiek rekomendēts veikt nepieciešamās korekcijas tiesību aktos, reglamentējot profesiju "*psihoterapeits*", tostarp nosakot vienotas izglītības, profesionālās kvalifikācijas, kompetences un uzraudzības prasības. Regulējuma izstrādē rekomendējams vadīties pēc Beļģijas un Somijas pieejas, paredzot, ka "*psihoterapeits*" profesionālo kvalifikāciju var iegūt tikai personas ar iepriekš iegūtu augstāko izglītību (maģistra grādu medicīnas un dzīvības zinātņu jomā) veselības aprūpes vai ar to saistītās jomās (ārsti, klīniskie un veselības psihologi, funkcionālie speciālisti, ārstu palīgi, māsas un sociālie darbinieki). Vienlaikus rekomendējams noteikt, ka "*psihoterapeits*" kvalifikācija ir papildus profesionālā kvalifikācija vai papildspecialitāte pēc esošās pamatizglītības iegūšanas. Tādējādi tiktu nodrošināts, ka "*psihoterapeitam*" ir pietiekamas pamatzināšanas psihiskās veselības, cilvēka fizioloģijas,

psihopatoloģijas, profesionālās ētikas, pacientu drošības un multiprofesionālās sadarbības jautājumos. Rekomendējams *psihoterapeitu* profesionālās darbības uzraudzības funkciju deleģēt LĀPPOS (LĀB, ja iepriekš iegūtā izglītība ir ārsta grāds), nodrošinot profesionālās kvalifikācijas, ētikas normu un profesionālās darbības atbilstības uzraudzību saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem. Profesionālās darbības uzraudzība varētu notikt pēc ārstu specialitāšu parauga – profesionālā biedrība/asociācija izvērtē un sniedz rekomendāciju LĀPPOS par speciālista sertifikāciju, resertifikāciju.

Rekomendējam veikt nepieciešamās korekcijas tiesību aktos, reglamentējot profesiju "*psihoterapijas speciālists*", tostarp nosakot vienotas izglītības, profesionālās kvalifikācijas, kompetences un uzraudzības prasības. Rekomendējams paredzēt, ka "*psihoterapijas speciālista*" profesionālo kvalifikāciju var iegūt tikai personas ar iepriekš iegūtu maģistra grāda līmeņa augstāko izglītību humanitārajās vai sociālajās zinātnēs - tādējādi nosakot, ka "*psihoterapijas speciālists*" pēc būtības nevar kļūt par ĀP vai ĀAP.

Rekomendējams veikt sekojošas izmaiņas:

1. Veikt korekcijas likumā, definējot, ka "*ārsts-psihoterapeits*" ir reglamentēta ārsta pamatspecialitāte un ir reģistrēta ĀP; "*psihoterapeits*" ir speciālists, kas iepriekš ieguvis augstāko izglītību (maģistra grādu medicīnas un dzīvības zinātņu jomā) veselības aprūpes vai ar to saistītās jomās (ārsti, klīniskie un veselības psihologi, funkcionālie speciālisti, ārstu palīgi, māsas un sociālie darbinieki) un ir reģistrēta ĀP, papildus iegūstot tālākizglītības apmācību sertifikātu kādā no psihoterapijas novirzieniem (piemēram, KBT, psihodinamiskā psihoterapija, Interpersonālājā terapijā (šeit un turpmāk - IP), biheiviorālajā aktivācijā (*Biheivioral activation therapy*) vai cita augstas kvalitātes pierādījumos balstītā psihoterapijas metode); savukārt "*psihoterapijas speciālists*" ir speciālists, kas ir ieguvis augstāko izglītību, papildus iegūstot tālākizglītības apmācību sertifikātu kādā no psihoterapijas novirzieniem, bet nav ĀP vai ĀAP.
2. Papildus rekomendējams izvērtēt iespēju noteikt, ka "*psihoterapijas speciālists*" un "*psihoterapeits*" praktizē tikai vienā konkrētā psihoterapijas virzienā, kā tas tiek īstenots Somijā. Šāda pieeja veicinātu skaidrāku profesionālās kompetences robežu noteikšanu, kvalitatīvāku apmācības procesu un lielāku pakalpojumu kvalitātes pārraudzību.

3. Rekomendēts deleģēt *psihoterapeitu* profesionālās darbības uzraudzības funkciju LĀPPOS (LĀB, ja iepriekš iegūtā izglītība ir ārsta grāds) atbilstoši likumā noteiktajam.
4. Rekomendēts izstrādāt papildinājumus likumdošanā, tostarp, ĀL, Pacientu tiesību likumā un MK noteikumos, iekļaujot psihoterapiju kā pilnvērtīgu veselības aprūpes un ārstniecības sastāvdaļu, skaidri nodalot, ka "*psihoterapeits*" ir ĀP un nodarbojas ar ārstniecību, savukārt "*psihoterapijas speciālists*" nav ĀP vai ĀAP, nenodarbojas ar ārstniecību un nav iesaistīts ārstniecības procesā.
5. Rekomendējams veikt informatīvu akciju kā piemēru ņemot kādu no jau esošajām Slimību kontroles un profilakses centra (šeit un turpmāk tekstā - SPKC) informatīvajām kampaņām: *Pārgalvības cena. Nelec!*[13] vai *Uzvari cīņā ar vēzi, pirms tā sākas!*[14] Mērķtiecīgi izstrādāta informatīvā kampaņa ļautu efektīvi paaugstināt sabiedrības informētības līmeni, nepārpludinot informācijas telpu, kā arī veicinātu iedzīvotāju izpratni par pieejamajiem atbalsta mehānismiem.

2.3. Pamatojums

Veiktās izmaiņas nodrošinātu skaidrāku "*ārstu-psihoterapeitu*", "*psihoterapeitu*", "*psihoterapijas speciālistu*" profesionālā statusa, kompetences un atbildības noregulēšanu, vienlaikus mazinot pacientu maldināšanas riskus attiecībā uz konkrētā speciālista tiesībām iesaistīties ārstniecības procesā. Skaidrs un nepārprotams nošķīrums starp ĀP ("*ārstu-psihoterapeitu*", "*psihoterapeitu*") un "*psihoterapijas speciālistu*" veicinātu pacientu (un klientu) izpratni par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu, speciālista kompetences robežām un piemērojamo profesionālās uzraudzības mehānismu.

Vienlaikus vienotu izglītības, profesionālās kvalifikācijas un uzraudzības prasību noteikšana "*psihoterapeitiem*", "*psihoterapijas speciālistiem*" uzlabotu ne tikai pacientu (un klientu) drošību un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, bet arī veicinātu efektīvāku multiprofesionālo sadarbību. Skaidri reglamentēta profesionālā darbība nodrošinātu iespēju efektīvāk identificēt profesionālās atbildības robežas un risināt jautājumus, kas saistīti ar

---

[13] SPKC *Pārgalvības cena. Nelec!* https://www.spkc.gov.lv/lv/pargalvibas-cena-nelec (sk. 01.08.2026.)

[14] SPKC *Uzvari cīņā ar vēzi, pirms tas sākas! https://www.spkc.gov.lv/lv/uzvari-cina-ar-vezi-pirms-ta-sakas* (sk.01.08.2026.)

iespējamiem profesionālās darbības pārkāpumiem vai kļūdām ārstniecības un rehabilitācijas procesos.

Papildus jānorāda, ka šobrīd nepietiekami reglamentētais "*psihoterapeitu*", "*psihoterapijas speciālistu*" statuss rada nevienlīdzīgu profesionālās sagatavotības un pakalpojumu kvalitātes līmeni. Vienotas prasības attiecībā uz iepriekš iegūtu izglītību, profesionālo apmācību un specializāciju ļautu nodrošināt vienotu un pacientu (un klientu) interesēm atbilstošāku psihoterapeitisko pakalpojumu sniegšanu.

Veiktās izmaiņas ne vien skaidri definētu speciālistu tiesisko atbildību un nodrošinātu pilnvērtīgu pacientu (un klientu) aizsardzību. Šāda veida izmaiņas radītu ilgtermiņa ieguvumus veselības aprūpes sistēmā, likumā skaidri definējot speciālistu profesionālās kompetences, kvalifikācijas prasības, uzraudzības mehānismus, ļautu mazināt riskus, kas saistīti ar pacientu (un klientu) aprūpi, mazinot risku saņemt pacienta vajadzībām neatbilstošu vai nepietiekamu profesionālo palīdzību. Savukārt savlaicīga pacienta novirzīšana pie *psihoterapeita*, atbilstoši Eiropas un starptautiskajās klīniskajās vadlīnijās ietvertajām rekomendācijām, varētu veicināt efektīvāku ārstniecības un rehabilitācijas procesu norisi, mazinot hospitalizāciju skaitu, ilgstošu vai atkārtotu darbnespēju, kā arī invalidizācijas risku. Šāda veida izmaiņas ilgtermiņā varētu samazināt veselības aprūpes izmaksas, kā arī palielinātu to iedzīvotāju skaitu, kas spēj pilnvērtīgi iesaistīties darba tirgū. Tādējādi profesionālā statusa un kvalifikācijas prasību sakārtošana psihoterapijas jomā ilgtermiņā varētu radīt pozitīvu ietekmi uz valsts budžetu, gan samazinot valsts izdevumus, gan palielinot nodokļu ieņēmumus no ekonomiski aktīvajiem iedzīvotājiem.

2.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Priekšlikums izteikts, ņemot vērā dzīvē novērojamās neskaidrības attiecībā uz "*psihoterapijas speciālistu*" profesionālo statusu, citu ĀP ar iegūtu izglītību kādā no psihoterapijas virzieniem, kompetenci un tiesībām iesaistīties ārstniecības procesā. Novērojamas dažādas reālās dzīves situācijas, tostarp pacientu sūdzības un pārpratumi, kuros pakalpojumu saņēmēji nav spējuši skaidri identificēt, vai konkrēto pakalpojumu sniedz ĀP vai cita veida speciālists.

Vienlaikus konstatējamas situācijas, kad "*psihoterapijas speciālisti*" izmanto "ā*rsta - psihoterapeita*" kā reglamentētas ārsta specialitātes nosaukumu (saīsinājumu *psihoterapeits*) un tādus profesionālās darbības aprakstus, kas pacientiem rada asociācijas ar ĀP statusu un ārstniecības pakalpojumu sniegšanu. Šādas situācijas ietekmē pacientu spēju pieņemt informētus lēmumus par veselības aprūpi un izvērtēt speciālista kompetences robežas.

Papildus jānorāda, ka šobrīd nepastāv vienots un pietiekami detalizēts psihoterapijas speciālistu profesionālās darbības regulējums, kas noteiktu vienādas prasības attiecībā uz izglītību, profesionālo kvalifikāciju, uzraudzību un atbildību. Tas rada risku nevienlīdzīgai pakalpojumu kvalitātei un atšķirīgai profesionālajai praksei.

Arī publiski pieejamā informācija atsevišķos gadījumos neveicina skaidru nošķīrumu starp "*psihoterapeitu*" un "*psihoterapijas speciālistu*". Piemēram, Latvijas Psihoterapijas biedrības mājaslapā pieejamajā skaidrojumā "Kas ir psihoterapijas speciālists?" norādīts, ka "psihoterapeits un psihoterapijas speciālists palīdz risināt problēmas, kas jau ilgstoši traucē dzīvot (...)".[15] Šādā skaidrojumā visas profesionālās kategorijas tiek raksturotas līdzīgi, skaidri nenodalot ĀP statusu, kompetences un tiesības veikt ārstniecību. Lai gan minētais formulējums pats par sevi nav viennozīmīgi attiecināms uz ārstniecību, tas var ietvert gan veselības traucējumus, gan dažādas psihosociālas grūtības, tādēļ pakalpojumu saņēmējiem (pacientiem) var rasties neskaidrības par sniegtā pakalpojuma būtību, mērķiem un tiesisko regulējumu, piemēram, ka "*ārsts-psihoterapeits*", "*psihoterapeits*" un "*psihoterapijas speciālists*" ir savstarpēji aizvietojami vai juridiski līdzvērtīgi profesionālie statusi, lai gan Latvijas tiesību sistēmā "*psihoterapeits*" ir reglamentēta ārsta specialitāte, savukārt "*psihoterapijas speciālists*" nav ĀP ĀL izpratnē.

Līdz ar to, ņemot vērā psihiskās veselības aprūpes nozīmi, nepieciešams nodrošināt skaidru, pacientiem saprotamu un tiesiski paredzamu regulējumu, kas mazinātu interpretācijas iespējas un stiprinātu pacientu tiesību un drošības aizsardzību.

2.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Nepieciešams:

1. Papildināt Ministru kabineta 2017. gada 23. maija noteikumus Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām", skaidri nosakot psihoterapijas speciālista profesionālo kategoriju, kvalifikācijas prasības un profesionālās darbības robežas;
2. Izstrādāt "*psihoterapeita*", "*psihoterapijas speciālista*" profesijas standartu vai profesionālās kvalifikācijas prasības;
3. Mainīt šā brīža ārsta pamatspecialitātes nosaukumu uz "*ārsts-psihoterapeits*";

---

[15] Latvijas Psihoterapeitu biedrība. *Kas ir psihoterapijas speciālists?* Pieejams: https://psihoterapija.lv/psihoterapija/kas-ir-psihoterapijas-specialists (skatīts 26.06.2026).

4. Noteikt vienotu "*psihoterapijas speciālistu*" profesionālās darbības uzraudzības un kvalitātes kontroles mehānismu, tostarp izvērtējot atbildīgās institūcijas kompetenci profesionālās darbības pārraudzībā un pacientu sūdzību izskatīšanā;
5. Ievērojot likuma "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" 5. pantā noteikto, ierobežot likumā noteikto reglamentēto profesiju un to specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu nosaukumu izmantošanu. Jāizsaka ĀL 82. pants jaunā redakcijā, paredzot tajā administratīvo atbildību arī par ĀP profesijas, specialitātes nosaukuma nepamatotu izmantošanu, ja to izdarījusi persona, kura nav ĀP;
6. Noteikt, ka "*psihoterapijas speciālists*" praktizē tikai vienā konkrētā psihoterapijas virzienā, kā arī noteikt vienotas prasības profesionālās kvalifikācijas uzturēšanai un tālākizglītībai.

3. Diferencēti valsts līmeņa klīniskie ceļi, iekļaujot ārstēšanas pēctecības principus starp ģimenes ārstu, psihiatru, ārstu-psihoterapeitu, psihologu (*medicīnas* psihologu), *psihoterapeitu* un rehabilitācijas komandām. Pakalpojumu kvalitātes kontroles mehānismi. Valsts apmaksāto psiholoģisko/psihoterapeitisko pakalpojumu pieejamības uzlabošana

3.1. Problēma

Šobrīd valsts apmaksātie psiholoģiskie un psihoterapeitiskie pakalpojumi nav pietiekami diferencēti atbilstoši pacienta individuālajām ārstniecības vajadzībām, veselības stāvoklim un nepieciešamajam terapijas apjomam. Lai gan pacientiem ar noteiktām diagnozēm (F43.1, F43.2, F40.0, F41.0, F41.1, F45, F31, F32, F33, F34.1, F06.32, Z73.0, F50, F90-F98) ir pieejamas līdz 10 valsts apmaksātām psihologa vai psihologa ar tālākizglītību psihoterapijā konsultācijām gada laikā, konsultāciju apjoms un terapijas pieeja netiek pielāgota pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām. Tas rada būtisku nevienlīdzību psihiskās veselības aprūpes sistēmā, psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamībā. Lai gan psihiskie traucējumi un emocionālās grūtības rada nozīmīgu ietekmi uz sabiedrības veselību, darba spējām, sociālo funkcionēšanu un kopējām veselības aprūpes izmaksām, ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība lielākoties ir pieejama privātajā sektorā un tiek finansēta no pacientu personīgajiem līdzekļiem. Šobrīd, salīdzinot ar Somijas, Beļģijas, Lietuvas valsts nodrošināto psiholoģisko un psihoterapeitisko ārstēšanu un atbalstu un pasaules līmeņa vadlīnijām, būtu jāpalielina uzsvars ilgtermiņa psihoterapijas nozīmei, ko iespējams saņemt ar ārsta speciālista nosūtījumu, kā arī saņemot daļēju ilgtermiņa psihoterapijas subsīdiju.

Papildinot, regulāra, ilgtermiņa psihoterapeitiskā palīdzība, kas daudzos gadījumos ir klīniski nepieciešama depresijas, trauksmes traucējumu, personības traucējumu vai citu psihiskās veselības traucējumu ārstēšanā, daļai pacientu finansiāli nav pieejama. Esošajā sistēmā psiholoģiskie un psihoterapeitiskie pakalpojumi bieži netiek pilnvērtīgi integrēti ārstniecības procesā, un klīnisko un veselības psihologu, kā arī psihoterapijas speciālistu iesaiste valsts apmaksātajā ārstniecības sistēmā ir ierobežota. Tas samazina pieejamo cilvēkresursu kapacitāti psihiskās veselības aprūpē un palielina slogu psihiatriem, stacionārajai aprūpei un neatliekamās palīdzības sistēmai.

Atsevišķi apskatot bērnu un pusaudžu psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu pieejamību, secināms, ka, līdzīgi kā pilngadīgo pacientu populācijā, pieejamas līdz 10 valsts apmaksātām psihologa vai psihologa ar tālākizglītību psihoterapijā konsultācijām gada laikā, konsultāciju apjoms un terapijas pieeja netiek pielāgota pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām; ar konsilija lēmumu ir iespējams pagarināt pieejamo vizīšu skaitu līdz 20 reizēm. Līdzīgi kā pilngadīgo pacientu ārstēšanas rekomendācijās un vadlīnijās, uzsvars tiek likts uz īstermiņa un ilgtermiņa psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamību, rekomendējot izmantot pierādījumos balstītas metodes kā piemēram KBT, psihodinamisko psihoterapiju, Interpersonālājā terapijā (šeit un turpmāk - IP), biheiviorālajā aktivācijā (*Biheivioral activation therapy*)[16] un tml. Šobrīd valstī psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumus nodrošina gan sociālie dienesti, gan ĀI, gan bezpeļņas organizācijas, piemēram, Pusaudžu resursu centrs[17] (šeit un turpmāk tekstā PRC), kas nodrošina bērniem un pusaudžiem bezmaksas pieejamus psiholoģisko, psihoterapeitisko pakalpojumus, kas pieejama ilgstoši - piemēram, Dialektiski biheviorālās terapijas pakalpojums, kas pieejams 6 mēnešu ilgumā[18]. PRC darbībā arī tiek iesaistīti speciālisti, kas nav ĀP, piemēram, mentori, karjeras konsultanti u.c.

Arī valsts apmaksāta pakalpojumu pieejamība tiek vērtēta kā nepietiekama. To raksturo salīdzinoši ilgs gaidīšanas laiks līdz pirmajai vizītei un ierobežota speciālistu pieejamība reģionos, kas krīzes gadījumos var būt klīniski bīstama situācija, paaugstināt risku pacienta akūtai stacionēšanai, kā arī ilgtermiņā paaugstināt izmaksu pieaugumu veselības aprūpes sektorā. Salīdzinot arī ar speciālistu skaitu uz 10 000 iedzīvotāju - Latvijā psihologu skaits (5,4 - 7,9) ir zemāks salīdzinot ar Somijas (10,3 - 14,3) un Beļģijas (12,5) piemēriem, savukārt Latvijā ārstu-psihoterapeitu skaits uz 10 000 iedzīvotājiem - 0,5, psihoterapijas speciālisti - 1,09. Valsts sektorā retās vizītes un speciālistu trūkums ierobežo terapijas pieejamību un efektivitāti, savukārt ne visiem iedzīvotājiem ir pieejami līdzekļi privāto vizīšu apmaksai. Tas

---

[16] NICE *Depression in children and young people: identification and management* https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/recommendations (sk. 01.08.2026.)

[17] *Pusaudžu resursu centrs Kas ir Pusaudžu resursu centrs? https://pusaudzucentrs.lv/pusaudzu-resursu-centrs/* (sk.01.08.2026.)

[18] Pusaudžu resursu centrs P*RC Palīdzības programmas https://pusaudzucentrs.lv/vecakiem/prc-palidzibas-programmas/* (sk.01.08.2026.)

rada situāciju, kur personām ar zemākiem ienākumiem pieejama galvenokārt īstermiņa vai fragmentēta palīdzība, kas bieži tiek nodrošināta tikai akūtu krīžu laikā vai stacionārā ārstēšanā.

Vadoties no citu valstu un pieejamo nevalstisko organizāciju pieredzes, pozitīvi vērtējami grupu pakalpojumi papildus individuāli saņemamajiem pakalpojumiem. Veidojot homogēnas grupas pacientiem ar līdzīgām problēmām vai diagnozēm, šāda pieeja ilgtermiņā ļautu palielināt pakalpojumu pieejamību. Šāda veida grupas šobrīd organizētas pārsvarā no nevalstisko organizāciju puses Latvijā (piemēram, Latvijas Anonīmo alkoholiķu sadraudzība).

Vienlaikus nav nodrošināts pietiekams sadarbības un atgriezeniskās saites mehānisms starp nosūtošo ārstu - speciālistu un psihologu vai psihoterapijas speciālistu, kā rezultātā ārstniecības procesā ne vienmēr ir iespējams izvērtēt sniegto konsultāciju efektivitāti, pacienta līdzestību un terapijas ietekmi uz veselības stāvokļa dinamiku. Iztrūkst arī objektīvs kvalitātes izvērtēšanas mehānisms - vai ieguldītie līdzekļi, veicot psiholoģiskās un psihoterapeitiskās terapijas apmaksu, ilgtermiņā ir devuši vēlamo uzlabojumu.

3.2. Priekšlikumi

No sabiedrības veselības perspektīvas psihiskie traucējumi būtiski ietekmē darbspējas, produktivitāti un sociālo funkcionēšanu. Nepietiekama psihiskās veselības aprūpe rada ilgtermiņa slogu gan veselības aprūpes, gan sociālās aizsardzības sistēmai. Ilgtermiņa psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamība potenciāli samazinātu citas veselības aprūpes izmaksas, piemēram, samazinot pacientu stacionēšanu psihiatriskās un atkarību psihiatriskās palīdzības stacionārā sakarā ar subakūtu vai akūtu stāvokļa pasliktināšanos.

Šobrīd apstiprināto vadlīniju pārskatīšana, konkrētu psihoterapeitisku metožu iekļaušana, ļautu nodrošināt, ka valsts apmaksātu vai daļēji subsidētu pakalpojumu ietvarā ārstēšana tiek izmantotas tikai efektīvas un pārbaudītas metodes atbilstoši zinātniskajiem pētījumiem un esošajām klīniskajām vadlīnijām, kā arī skaidrāk definētu pakalpojuma struktūru pakalpojuma sniedzējiem un saņēmējiem. Pielāgojot pakalpojumu konkrētām pacientu grupām, pats pakalpojums un tā izmantošana potenciāli kļūtu efektīvāka.

Nodrošinot psiholoģiskos un psihoterapeitiskos pakalpojumus arī grupās, varētu palielināt pakalpojuma pieejamību lielākai iedzīvotāju daļai, samazinot nepieciešamību pēc lielākas speciālistu iesaistes (viens speciālists potenciāli var palīdzēt lielākam pacientu skaitam ar grupu pakalpojumu ieviešanu). Lietuvā un Somijā, valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, ietilpst ne tikai individuāls pakalpojums, bet arī pakalpojums ģimenēm un grupām.

Atgriezeniskās saites mehānisms starp nosūtošo ārstu - speciālistu un *medicīnas* (klīnisko un veselības) psihologu un/vai psihoterapeitu, veicinātu pacienta stāvokļa vispusīgu izvērtējumu. Kā piemērs mināms šobrīd jau ieviestais obligātā NMPD talonu, epikrīžu augšuplāde e-veselībā, kas ļautu pēc līdzīga principa darboties arī *medicīnas* (klīniskajiem un veselības) *psihologiem, psihoterapeitiem* - pēc sniegtā pakalpojuma pacientu nosūtošajam speciālistam tiek sniegta īsa strukturēta informācija par veiktā izvērtējuma rezultātiem, terapijas norisi un sasniegtajiem ārstēšanas rezultātiem, ievērojot normatīvajos aktos noteiktās prasības attiecībā uz pacienta datu aizsardzību un informācijas apriti. Vienlaikus būtu lietderīgi noteikt, ka gan nosūtošais ārsts, gan iesaistītas speciālists (*medicīnas psihologs,* psihoterapeits) medicīniskajā dokumentācijā formulē ārstēšanas mērķus un dokumentē to sasniegšanas izvērtējumu. Līdzīgs princips jau tiek piemērots psihiatriskās palīdzības dienas stacionāros ārstniecības procesa organizēšanā, tādēļ vienotas pieejas piemērošana arī *medicīnas psihologu* un *psihoterapeitu* pakalpojumu sniegšanā veicinātu ārstniecības procesa pēctecību, kvalitāti un dokumentēšanas vienveidību. Rekomendēts pakalpojuma uzraudzību un kvalitātes kontroli nodrošināt no Veselības inspekcijas, Nacionālā veselības dienesta un Veselības Ministrijas puses, sadarbojoties ar profesionālajām biedrībām. Papildus rekomendējama pacientu pieredzes un apmierinātības izvērtēšana, piemēram, praksē ieviešot īsu un konfidenciālu pacientu atgriezeniskās saites instrumentu, piemēram, *PEQ – NHS Talking Therapies Patient Experience Questionnaire*[19]. Objektīvi un daudzpusīgi pārraugāms sniegtā pakalpojuma process nevien atvieglotu speciālistu sadarbību, bet arī mazinātu iespējami pārmērīgi iztērētus līdzekļus no kopējā psihiskās veselības budžeta.

Veiktās izmaiņas veicinātu pacientam nepieciešamos ārstniecības, rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, tādējādi iespējams saīsinot nepieciešamo atlabšanas laiku, samazinot nepieciešamo finansējuma piesaisti ilgtermiņā.

Rekomendējams veikt sekojošas izmaiņas:

1. Šobrīd pieejamo vadlīniju pārskatīšana, iekļaujot tajās atbilstošu informāciju par rekomendējamām ilgtermiņa psihoterapijas iespējām, rekomendējamo psihoterapijas ilgumu atbilstoši pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības,

[19] NHS England "*Patient services – PEQ"* pieejams: https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/service-standards/ (sk. 05.08.2026.)

rehabilitācijas vajadzībām (šobrīd pārskatītas Depresijas diagnostikas un ārstēšanas klīniskās vadlīnijas pieaugušajiem). Rekomendējams arī veikt esošo bērnu un pusaudžu vadlīniju pārskatīšanu, papildināšanu atbilstoši pasaules līmeņa rekomendācijām, klīnisko pētījumu bāžu rezultātiem;

2. Palielināt pieejamo valsts apmaksāto darba vietu skaitu *ārstiem - psihoterapeitiem*, *psihoterapeitiem*, *medicīnas* psihologiem. Balstoties uz 1. un 2. nodevumā atspoguļoto informāciju, speciālistu skaits vērtējams kā nepietiekams. Salīdzinot psihologu skaitu uz 10 000 iedzīvotājiem – psihologu skaits ir 7,9 (klīnisko un veselības psihologu – 5,4), savukārt Somijā skaits ir 10,3 – 14,3, bet Beļģijā – 12,5. Rekomendējamais minimālais nepieciešamais speciālistu skaits – 10 speciālisti uz 10 000 iedzīvotāju;
3. Veikt izmaiņas psihoterapijas apmaksas kārtībā – izvērtēt ilgtermiņa iespēju pilnīgi vai daļēji subsidēt no valsts veselības aprūpē piešķirtajiem līdzekļiem atkarībā no pacienta veselības stāvokļa, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpes, slimības gaitas un individuālajām ārstniecības un rehabilitācijas, vajadzībām. Tiek rekomendēts vadīties pēc Somijas piemēra – daļēji subsidējot ilgtermiņa psihoterapiju, tādējādi ļaujot pacientam pašam izvēlēties speciālistu pēc pieejamības (gan reģionāli, gan finansiāli);
4. Izveidot standartizētu psiholoģiskās konsultēšanas un ilgtermiņa psihoterapijas novērtējuma anketu, kas aizpildāma ik pēc noteikta laika perioda, tādējādi nodrošinot pakalpojumu efektivitātes novērtēšanu, pilnvērtīgu informācijas apmaiņu starp visiem pacienta veselības aprūpē iesaistītajiem speciālistiem;
5. Pāriet uz pilnvērtīgu un vienotu elektronisko saziņas metodi, kas ļautu visiem multiprofesionālās komandas speciālistiem iepazīties ar informāciju par pacienta ārstēšanas progresu, nepieciešamajām un rekomendējamajām izmaiņām savlaicīgi, kā arī izvērtēt, vai pacients ir izpildījis sniegtās rekomendācijas, iesaistījies savā ārstēšanas procesā;
6. Izvērtēt iespēju daļēji novirzīt sniegtos pakalpojumus labklājības nozarei, piemēram, grupu terapijas, ģimenes terapijas, tādējādi mazinot finansiālo slogu veselības nozarei, paplašinot pieejamo pakalpojumu klāstu dažādās sociālajās grupās, reģionāli;

7. Izveidot pacientu pieredzes un apmierinātības izvērtēšanas mehānismu, izmantojot vienotu, īsu un konfidenciālu pacientu atgriezeniskās saites instrumentu, piemēram, *NHS Talking Therapies Patient Experience Questionnaire (PEQ).*
8. Veikt nepieciešamās izmaiņas ĀL, Pacientu tiesību likumā, Psihologu likumā, MK Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", MK Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība", MK Nr. 301 "Psihologu noteikumi".

3.3. Pamatojums

Šobrīd valstiskā līmenī nav pieejama pilnvērtīga ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība, kas būtu pilnībā vai daļēji valsts finansēta, lai gan šāda pieeja atbilst starptautiskajiem klīniskajiem pierādījumiem un vadlīniju rekomendācijām.

Minētie priekšlikumi balstīti gan zinātniskos pierādījumos, gan starptautiskajā praksē psihiskās veselības aprūpes organizēšanā, tostarp iepriekšējā ziņojumā analizētajā Beļģijas, Somijas un Lietuvas pieredzē. Ir uzsverams, ka savlaicīga psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība samazina psihisko traucējumu smagumu, mazina hospitalizāciju biežumu, uzlabo dzīves kvalitāti un sociālo funkcionēšanu, kā arī samazina suicīda risku. Turklāt ilgtermiņā psihoterapeitiskā palīdzība ir ne tikai klīniski efektīva, bet arī ekonomiski izdevīga, jo samazina atkārtotu hospitalizāciju, neatliekamās palīdzības, darbnespējas un invaliditātes risku.

Latvijā nav izstrādāti efektīvi ārstniecības un rehabilitācijas procesā iesaistīto speciālistu sadarbības un informācijas aprites mehānismi, kas nodrošinātu savlaicīgu informācijas apmaiņu gan ārstniecības procesa laikā, gan ilgtermiņa pacienta novērošanā. Nav arī integrēta pacientu pieredzes un apmierinātības izvērtēšanas mehānisms, kas ļautu novērtēt pakalpojumu vadoties pēc pacientu pieredzes.

Turklāt izstrādātās rekomendācijas ilgtermiņā mazinātu nevienlīdzību starp pieejamajiem veselības pakalpojumiem gan pilsētvidē, gan reģionos, gan dažādās sociālajās grupas (piemēram, pēc finansiālā stāvokļa) un paplašinātu pakalpojumu pieejamību kopumā.

3.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Šobrīd Latvijā nav pieejama pilnīgi vai daļēji valsts apmaksāta psihoterapija ilgtermiņā, kas būtiski atšķiras no pasaules līmeņa rekomendācijām sabiedrības labbūtības, ārstēšanas un rehabilitācijas jomās. Iztrūkums kopumā rada palielinātu slogu veselības aprūpei un samazina pacienta dzīves kvalitāti. Veiktās izmaiņas ilgtermiņā ļautu samazināt pacienta invalidizācijas risku, darbnespēju, iespējamo pacienta stacionēšanas reižu skaitu un ilgumu.

3.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Veikt korekcijas ĀL, Pacientu tiesību likumā, Psihologu likumā, MK Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", Noteikumos Nr. 555, MK Nr. 301 "Psihologu noteikumi" .

4. Valsts apmaksāto pakalpojumu groza papildināšana

4.1. Problēma

Pēdējo gadu laikā Latvijā ir veikti būtiski ieguldījumi psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanā, paplašinot valsts apmaksātu psihiatru konsultāciju pieejamību un attīstot klīnisko un veselības psihologu iesaisti veselības aprūpes sistēmā. Tomēr psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu organizācija joprojām ir fragmentēta, un valsts apmaksāto pakalpojumu grozs pilnībā neatbilst iedzīvotāju vajadzībām, epidemioloģiskajai situācijai un mūsdienu pierādījumos balstītas psihiskās veselības aprūpes principiem.

Latvijā valsts finansējums psiholoģiskajai un psihoterapeitiskajai palīdzībai tiek nodrošināts ierobežotā apjomā un galvenokārt projektu vai noteiktu programmu ietvaros. Šobrīd piekļuve valsts apmaksātai psiholoģiskajai palīdzībai bieži ir atkarīga no konkrētās ĀI iespējām, pieejamā finansējuma un speciālistu pieejamības, kas rada būtiskas nevienlīdzības iespējas pacientiem saņemt savlaicīgu palīdzību.

Papildus tam valsts apmaksāto pakalpojumu grozā nav skaidri definētas pierādījumos balstītas psihoterapeitiskās intervences, kurām prioritāri būtu nodrošināms finansējums, kā arī nav noteikti orientējoši ārstēšanas apjomi atbilstoši dažādu psihisko traucējumu klīniskajām vajadzībām. Būtiska nepilnība ir arī pašnāvību profilakses pakalpojumu nepietiekama attīstība. Lai gan Latvijā pašnāvību rādītāji ilgstoši pārsniedz Eiropas Savienības vidējos rādītājus, valsts apmaksāto pakalpojumu grozā nav paredzēts specializēts psiholoģiskās vai psihoterapeitiskās palīdzības pakalpojums personām ar identificētu pašnāvības risku. Pašnāvības risks nav noteikts kā prioritāra indikācija steidzamai psiholoģiskai vai psihoterapeitiskai intervencei, kā arī nav izstrādāts vienots pacientu aprūpes ceļš pēc riska identificēšanas.

Papildus minētajam valsts līmenī netiek sistemātiski izmantoti vienoti ārstēšanas rezultātu novērtēšanas instrumenti, kas ierobežo iespējas objektīvi izvērtēt sniegto pakalpojumu efektivitāti, plānot nepieciešamos resursus un pilnveidot pakalpojumu kvalitāti.

4.2. Priekšlikumi

Pašnāvības risks iekļaujams kā indikācija prioritārai valsts apmaksātai palīdzībai, paredzot obligātu psihiatra vai ārsta - psihoterapeita klīnisku izvērtēšanu, riska līmeņa noteikšanu un ārstēšanas plāna formulēšanu. Psiholoģiskas un psihoterapeitiskas intervences šādos gadījumos sniedzamas atbilstoši riska līmenim un skaidram sadarbības mehānismam ar ārstējošo ārstu.

Lai nodrošinātu vienlīdzīgāku un efektīvāku psihiskās veselības aprūpi, nepieciešams pilnveidot valsts apmaksāto pakalpojumu grozu, attīstot uz pierādījumiem balstītu psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības sistēmu.

Nepieciešams:

1. Noteikt vienotus principus psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības nodrošināšanai valsts finansētajā veselības aprūpē, paredzot, ka pakalpojumus sniedz sertificēti *medicīnas* psihologi, kā arī *ārsti - psihoterapeiti* un/vai *psihoterapeiti* atbilstoši profesionālajai kompetencei un spēkā esošajam normatīvajam regulējumam;
2. Valsts finansējuma plānošanā paredzēt prioritāru atbalstu psihoterapeitiskajām metodēm ar augstu pierādījumu līmeni. Šī izvērtējuma ietvaros kā prioritāri attīstāmi psihoterapijas virzieni tiek izvirzīti KBT un psihodinamiskā psihoterapija, arī Interpersonālājā terapijā (šeit un turpmāk - IP), biheiviorālajā aktivācijā (*Biheivioral activation therapy*), ņemot vērā augsto pierādījumu bāzi[20], pasaules[21] un Latvijas līmeņa rekomendācijas un vadlīnijas[22], to profesionālo atzīšanu Latvijā, pieejamo speciālistu kompetences ;
3. Ieviest ieteicamos ārstēšanas apjomus, kas kalpotu par pamatu valsts finansējuma plānošanai un pakalpojumu organizēšanai. Piemēram, starptautiskās vadlīnijas rekomendē: vieglas depresijas gadījumā nodrošināt aptuveni 10-16 KBT sesijas, vidēji smagas depresijas gadījumā 16-20 sesijas, savukārt smagas depresijas gadījumā 30-40 sesiju ar obligātu psihiatra iesaisti. Ģeneralizētas trauksmes ārstēšanā rekomendējamas 8-15 sesijas, panikas traucējumu gadījumā 7-14 sesijas, sociālās trauksmes ārstēšanā 14-16 sesijas, obsesīvi kompulsīvu traucējumu gadījumā 10-20 sesijas, pēctraumatiskā stresa traucējumu gadījumā 8-12 sesijas, bet

---

[20] Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. European Psychiatry. Pieejams: https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/effectiveness-of-cbt-for-children-and-adolescents-with-depression-a-systematic-review-and-metaregression-analysis/D1D82E21388A16EB077D02A24366F689 (sk. 05.08.2026.)

[21] NICE *Depression in adults: treatment and management https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations (*sk. 01.08.2026.)

[22] SPKC *Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūp*e https://www.spkc.gov.lv/lv/media/25430/download?attachment (sk. 01.08.2026.)

ēšanas traucējumu ārstēšanā 16-40 un vairāk sesiju atkarībā no diagnozes un klīniskā gadījuma. Šie apjomi nav uzskatāmi par obligātiem limitiem, bet gan par orientieri valsts finansējuma plānošanai un ārstēšanas organizēšanai, balstoties uz *National Institute for Heatlh and Care Excellence* (turpmāk - NICE), *American Psychological Association* (turpmāk - APA) un citu starptautisko vadlīniju rekomendācijām, kā arī uz Latvijas klīnisko praksi;[23,24,25]

4. Attīstīt pašnāvības riska mazināšanas pakalpojumus, nosakot pašnāvības risku kā prioritāru indikāciju savlaicīgai psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības saņemšanai. Nepieciešams izstrādāt vienotu aprūpes modeli personām ar identificētu pašnāvības risku, paredzot strukturētu riska izvērtēšanu, drošības plāna izstrādi, īstermiņa psiholoģiskas intervences, pēckrīzes novērošanu un koordinētu sadarbību starp ģimenes ārstiem, psihiatriem, neatliekamās palīdzības dienestiem un psihiskās veselības speciālistiem;
5. Stiprināt psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamību primārās veselības aprūpes līmenī. Ģimenes ārstiem jābūt iespējai savlaicīgi nosūtīt pacientus uz valsts apmaksātām psihologa un/vai psihoterapeita/ārsta - psihoterapeita konsultācijām skaidri definēta nosūtīšanas algoritma ietvaros, īpaši depresijas, trauksmes un citu traucējumu gadījumos. Agrīna intervence primārajā aprūpē var mazināt psihisko traucējumu pasliktināšanos un samazināt nepieciešamību pēc intensīvākas ārstēšanas nākotnē;
6. Ieviest vienotu ārstēšanas rezultātu monitorēšanas sistēmu, ikdienas praksē, izmantojot validētas simptomu novērtēšanas skalas, piemēram, PHQ-9 (Pacientu veselības aptauja - 9), GAD-7 (Ģeneralizētas trauksmes skala - 7), PCL-5 (Posttraumatiksā stresa sindroma skala - 5), Y-BOCS (Jēla Brauna obsesiju un kompulsiju skala) un citas, kas ļautu izvērtēt ārstēšanas efektivitāti un pieņemt datos balstītus lēmumus par pakalpojumu pilnveidošanu.

---

[23] National Institute for Health and Care Excellence. *Mental health guidelines.* Pieejams: https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-hub10005 (skatīts 26.06.2026).

[24] American Psychological Association. *Professional Practice Guidelines.* Pieejams: https://www.apa.org/practice/guidelines (skatīts 26.06.2026).

[25] Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). *2023 Depression Guidelines Slide Sets.* Pieejams: https://www.canmat.org/2025/04/17/2023-depression-guidelines-slide-sets/ (skatīts 26.06.2026).

4.3. Pamatojums

Psiholoģisko un psihoterapeitisko intervenču efektivitāte biežāko psihisko traucējumu ārstēšanā ir plaši pierādīta starptautiskajā zinātniskajā literatūrā. NICE vadlīnijas rekomendē strukturētas psihoterapeitiskas intervences kā pirmās izvēles ārstēšanas metodi vieglas un vidēji smagas depresijas gadījumā, kā arī kā nozīmīgu kombinētās ārstēšanas sastāvdaļu smagākos gadījumos.[26] Līdzīgas rekomendācijas attiecas uz trauksmes traucējumiem, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem un pēctraumatiskā stresa traucējumiem.

KBT ir viena no vislabāk pētītajām psihoterapijas metodēm, kuras efektivitāte pierādīta daudzos pētījumos un sistemātiskajos pārskatos. Šai pieejai raksturīga strukturēta terapijas norise, skaidri definēti ārstēšanas mērķi un iespēja izmantot standartizētus ārstēšanas protokolus. Savukārt psihodinamiskā psihoterapija ir efektīva pacientiem ar sarežģītākiem emocionālajiem traucējumiem, hroniskām starppersonu grūtībām un noteiktām personības funkcionēšanas problēmām, nodrošinot ilgtermiņa ieguvumus psihiskās veselības uzlabošanā.

Starptautiskie dati liecina, ka agrīna piekļuve psiholoģiskai palīdzībai samazina hospitalizāciju biežumu, veicina ātrāku funkcionēšanas atjaunošanos un samazina darba nespējas ilgumu.[27,28] Tāpat ir pierādīts, ka adekvāts psihoterapeitiskās ārstēšanas ilgums uzlabo ārstēšanas rezultātus un samazina recidīvu risku.

Pašnāvību profilakses jomā Pasaules Veselības organizācija uzsver nepieciešamību nodrošināt savlaicīgu piekļuvi psihiskās veselības aprūpei un strukturētām intervencēm personām ar pašnāvības risku.[29] Drošības plāna izstrāde, atkārtots kontakts pēc krīzes

---

[26] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). D*epression in adults: treatment and management*. NICE guideline NG222. Publicēts 2022. gada 29. jūnijā. Pieejams: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#treatment-for-a-new-episode-of-less-severe-depression.

[27] Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., Saxena, S. *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*. The Lancet Psychiatry. 2016;3(5):415–424. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4. Pieejams: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30024-4/fulltext.

[28] Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., Janecka, M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. The Lancet. 2018;391(10121):679–686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5. Pieejams: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5820411/

[29] World Health Organization. LIVE LIFE: *an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN 978-92-4-002662-9. Pieejams: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f4bb596-e6e4-4328-a5ed-00e01ec0068d/content

situācijām un īstermiņa psiholoģiskās intervences ir vieni no efektīvākajiem sekundārās profilakses pasākumiem.

4.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Izteiktie priekšlikumi balstās gan Latvijas veselības aprūpes sistēmas vajadzību izvērtējumā, gan starptautiski atzītās rekomendācijās. Esošais valsts finansēšanas modelis neparedz pietiekami diferencētu psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu organizāciju, tādējādi radot nevienlīdzīgu piekļuvi ārstēšanai un ierobežojot iespējas nodrošināt pilnvērtīgu, uz pierādījumiem balstītu aprūpi.

Priekšlikumi izriet arī no nepieciešamības efektīvāk izmantot ierobežotos valsts budžeta resursus, finansējot intervences, kuru klīniskā efektivitāte un izmaksu lietderība ir pierādīta. Savlaicīga un adekvāta psiholoģiskā palīdzība var mazināt nepieciešamību pēc dārgākām ārstēšanas formām, tostarp stacionāras ārstēšanas un ilgstošas darbnespējas.

Īpaši uzsverama nepieciešamība stiprināt pašnāvību profilakses pasākumus, ņemot vērā nepieciešamību nodrošināt savlaicīgu palīdzību personām ar paaugstinātu risku. Šobrīd šādu pacientu aprūpe primāri balstās uz individuālu speciālistu iniciatīvu, nevis vienotu valsts līmeņa pieeju.

4.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Lai īstenotu minētos priekšlikumus, nepieciešams veikt grozījumus normatīvajos aktos, kas regulē valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu un apmaksu, nosakot psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu saturu, sniedzējus un rekomendējošo apjomu.

Nepieciešams izstrādāt un apstiprināt klīniskās rekomendācijas psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu nodrošināšanai, tostarp definējot ārstēšanas algoritmus dažādu psihisko traucējumu gadījumos un pašnāvības riska vadībā.

Tāpat nepieciešams paredzēt papildu finansējumu valsts budžetā pakalpojumu groza paplašināšanai, nodrošinot pietiekamu speciālistu kapacitāti un pakalpojumu pieejamību visā Latvijas teritorijā. Būtiska nozīme būs arī profesionāļu tālākizglītībai pierādījumos balstītu intervences metožu izmantošanā un pašnāvības riska izvērtēšanā.

Nepieciešams ieviest vienotu ārstēšanas rezultātu uzraudzības sistēmu, kas ļautu regulāri izvērtēt pakalpojumu efektivitāti, analizēt resursu izmantošanu un pieņemt datos balstītus lēmumus par psihiskās veselības aprūpes turpmāku attīstību.

Īss apkopojums ar rekomendētajām veicamajām izmaiņām skatāms 2.tabulā.

2.tabula *Esošās pakalpojumu organizācijas apskats un rekomendētās izmaiņas valsts apmaksāto psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pakalpojumu organizēšanā*

Esošā pakalpojumu organizācija	**Ieteiktās izmaiņas**
Nav definētas prioritāri finansējamās psihoterapeitiskās intervences	Definēt pierādījumos balstītas psihoterapeitiskās intervences
Nav rekomendējošu ārstēšanas apjomu	Ieviest rekomendējošus ārstēšanas apjomus
Nav vienota aprūpes modeļa pašnāvības riska gadījumā	Ieviest prioritāru piekļuvi un vienotu aprūpes modeli
Nav vienota nosūtīšanas algoritma	Ieviest nosūtīšanas algoritmu primārajā veselības aprūpē
Nav vienotas ārstēšanas rezultātu monitorēšanas sistēmas	Ieviest vienotu monitorēšanas sistēmu
Nav vienotu pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas mehānismu	Ieviest kvalitātes nodrošināšanas mehānismus

5. Dažādo psihiskās veselības speciālistu kompetences ārstniecībā un pacientu tiesību aspekti

5.1. Problēma

Nodevuma 1. un 2. nodaļās ir izvērstāk aprakstītas problēmas saistībā ar *psihologu*, *psihoterapeitu* un *psihoterapijas speciālistu* tiesībām un statusu ārstniecībā, tādējādi tiek piedāvāts risinājums ar papildus speciālistu izveidi, kas būtu tiesīgi piedalīties ārstēšanas procesā un atbilstu ĀP statusam - *medicīnas* psihologs, *ārsts-psihoterapeits* un *psihoterapeits,* savukārt *psihoterapijas speciālisti* - netiktu iesaistīti ārstniecības procesā, nebūtu sertificējami kā ĀP vai ĀAP (sk. šī nodevuma 1. un 2. nodaļas).

Nepieciešams noteikt skaidru nošķīrumu starp klīnisko un veselības psihologu, kas sniedz labbūtības veicināšanas pakalpojumus, un *medicīnas* psihologu, kas būtu ĀP un darbotos ārstniecībā multidisciplināras komandas sastāvā, kā arī starp *psihoterapeitu*, kas ir ĀP un darbojas ārstniecības multidisciplināras komandas sastāvā, un *psihoterapijas speciālistu*, kas sniedz labbūtības veicināšanas pakalpojumu. Jābūt skaidri definētām dažādo speciālistu kompetencēm ārstniecības procesa ietvarā.

Ņemot vērā plašo dažāda veida speciālistu iesaisti bērnu un pusaudžu palīdzības sniegšanā (piemēram, psihologi, mentori, KBT terapeiti u.c.[30]), nav pieejams detalizēts apraksts ar speciālistiem iegūstamo izglītību ārpus savas specializācijas, piemēram, minimālais apgūstamais mācību apjoms kompetencēs bērna attīstības psiholoģijā, ģimenes sistēmu izpratnē, komunikācija ar bērniem un pusaudžiem, bērnu tiesību aizsardzības jautājumos u.c. Tāpat skaidrs nošķīrums ir būtisks pacientu drošībai un arī pacientu tiesību aspektā. Pacientam ir jābūt skaidrībai, kad tiek saņemta ārstniecība, kad - labbūtības veicināšanas pakalpojums, kā arī jābūt skaidrībai, kur vērsties sūdzību gadījumā - Veselības inspekcijā, Ārstniecības riska fondā vai patērētāju tiesību aizsardzības institūcijās.

5.2. Priekšlikumi

Definēt dažādo speciālistu kompetences ārstniecībā:

Ārsta-psihoterapeita **raksturojums, kompetences**

[30] Pusaudzu resursu centrs "*Mūsu komandā strādā*" pieejams: https://pusaudzucentrs.lv/pusaudzu-resursu-centrs/ (sk.03.08.2026.)

Ārsts-psihoterapeits ir ĀP un ārsta pamatspecialitāte, kura kompetence balstās medicīniskajā izglītībā, specializācijā psihoterapijā, sertifikācijā un tiesībās patstāvīgi veikt ārstniecību savas specialitātes ietvaros.

1. *Ārsta-psihoterapeita* kompetencē ietilpst psihisko, psihosomatisko, somatopsihisko, afektīvi kognitīvo, attiecību, seksuālās dzīves un ar personības funkcionēšanu saistīto traucējumu etioloģijas, patoģenēzes, diagnostikas, diferenciāldiagnostikas, ārstēšanas, konsultēšanas un rehabilitācijas izvērtēšana un īstenošana, balstoties integratīvā biopsihosociālā pieejā.
2. *Ārsts-psihoterapeits* ir tiesīgs patstāvīgi veikt klīnisku izvērtēšanu, noteikt medicīnisku diagnozi, veikt diferenciāldiagnostiku, izvērtēt psihisko un somatisko komorbiditāti, noteikt psihoterapeitiskas ārstēšanas indikācijas un kontrindikācijas, formulēt ārstēšanas mērķus, izstrādāt ārstēšanas plānu, īstenot psihoterapeitisku ārstēšanu un pārskatīt ārstēšanas taktiku savas kompetences robežās.
3. *Ārsta-psihoterapeita* kompetence ietver klīniskā riska izvērtēšanu un vadību, tai skaitā paškaitējuma, suicidāla riska, smagas depresijas, psihotisku simptomu, personības traucējumu, impulsu kontroles traucējumu, atkarību, psihosomatisku stāvokļu, somatiskas komorbiditātes un citu kompleksu klīnisku situāciju izvērtēšanu.
4. *Ārsts-psihoterapeits* savas specialitātes ietvaros var ārstēt pacientus ar garastāvokļa traucējumiem, trauksmes un baiļu traucējumiem, obsesīvi kompulsīviem un ar tiem saistītiem traucējumiem, pēctraumas stresa un ar stresu saistītiem traucējumiem, psihosomatiskiem un somatoformiem traucējumiem, personības traucējumiem, disociatīviem traucējumiem, ēšanas traucējumiem, miega traucējumiem, seksuāliem traucējumiem, izdegšanu, akūtām stresa reakcijām, atkarības problēmām, uzvedības traucējumiem, attiecību un ģimenes funkcionēšanas grūtībām, kā arī sniegt psihoterapeitisku ārstēšanu vai atbalstu pacientiem ar psihotiskiem traucējumiem multidisciplināras ārstēšanas ietvarā.
5. *Ārsta-psihoterapeita* profesionālā darbība var ietvert psihoterapeitisku konsultēšanu, diagnostisku interviju, psihodinamisku psihoterapiju, psihosomatiskās medicīnas pieeju, medicīnisko psihoterapiju, krīzes intervenci, atbalsta terapiju, īstermiņa un ilgtermiņa psihoterapeitisku

ārstēšanu, pāru un ģimenes psihoterapiju, grupu psihoterapiju, bērnu un pusaudžu psihoterapiju, kā arī citas pierādījumos balstītas psihoterapeitiskas metodes, ja tās ir apgūtas atbilstoši profesionālās kvalifikācijas un tālākizglītības prasībām.

6. *Ārsts-psihoterapeits* var strādāt individuāli vai multidisciplinārā komandā, sadarbojoties ar psihiatriem, ģimenes ārstiem, medicīnas psihologiem, klīniskajiem un veselības psihologiem, psihoterapeitiem jaunā regulējuma izpratnē, rehabilitācijas speciālistiem, sociālajiem dienestiem un citiem pacienta ārstēšanas vai aprūpes procesā iesaistītiem speciālistiem.
7. Multidisciplinārā komandā *ārsta-psihoterapeita* kompetencē ietilpst pacienta klīniskā izvērtēšana, psihoterapeitiskas ārstēšanas indikāciju noteikšana, ārstēšanas mērķu formulēšana, ārstēšanas plāna izstrāde, psihoterapeitiskas ārstēšanas īstenošana, ārstēšanas gaitas pārskatīšana, klīniskā riska vadība un nepieciešamības gadījumā pacienta nosūtīšana pie cita speciālista vai cita ārstēšanas līmeņa izvēle.
8. *Ārsts-psihoterapeits* nodrošina ārstniecības procesam atbilstošu medicīnisko dokumentāciju, ievēro pacientu tiesības, informētās piekrišanas prasības, konfidencialitāti, datu aizsardzību, profesionālās ētikas prasības un ārstniecības kvalitātes principus. Dokumentācijā fiksējama ārstniecības procesam nepieciešamā informācija, vienlaikus neaprakstot psihoterapijas saturu plašāk, nekā tas nepieciešams pacienta drošībai, ārstēšanas pēctecībai un ārstniecības procesa nodrošināšanai.
9. *Ārsta-psihoterapeita* kompetence nav reducējama uz konkrētas psihoterapijas metodes lietošanu. Vienas un tās pašas psihoterapeitiskās vai psiholoģiskās metodes izmantošana pati par sevi nenosaka speciālista ārstniecisko kompetenci. *Ārsta-psihoterapeita* kompetenci nosaka medicīniskā izglītība, ārsta pamatspecialitāte, sertifikācija, tiesības noteikt medicīnisku diagnozi, izstrādāt un pārskatīt ārstēšanas plānu, izvērtēt klīnisko risku un uzņemties medicīnisku atbildību par ārstniecības procesu savas specialitātes ietvaros.

Psihoterapeita raksturojums, kompetences

Psihoterapeits ir speciālists, ar iepriekš iegūtu augstāko izglītību maģistra grāda līmenī (specialitātē, kas ir ĀP - ārsts, medicīnas psihologs, ergoterapeits un tml.), ir ieguvis

profesionālu izglītību konkrētā psihoterapijas virzienā, kurš veic praktisku psihoterapeitisku darbu, praktizējot kādu no pierādījumos balstītiem un veselības aprūpē atzītiem psihoterapijas virzieniem (KBT, psihodinamiskā/psihoanalītiskā terapija, ģimenes terapija). Psihoterapija palīdz labāk apzināties jūtas, domas, rīcību, grūtību veidošanās mehānismus, palīdz izvirzīt dzīves prioritātes, pieņemt lēmumus un rīkoties saskaņā ar tiem.

1. Psihoterapeita kompetence ir strādāt atbilstošās psihoterapijas virziena ietvarā, atbilstoši veicot pacienta izvērtējumu, psihoterapeitisko mērķu izvirzīšanu un psihoterapeitisko darbu, izmantojot virzienam atbilstošās psihoterapijas metodes un tehnikas.
2. Psihoterapeits var strādāt ar pacientu individuāli vai arī pārī, ģimenē, grupā.
3. Klīniskā novērtēšana un gadījuma konceptualizācija: Psihoterapeits strukturēti izvērtē pacienta emocionālo stāvokli, personības funkcionēšanu un sociālo situāciju, izmantojot zinātniski pamatotas metodes. Balstoties uz iegūto informāciju, tiek izveidota skaidra gadījuma konceptualizācija, aktīva sadarbība multiprofesionālās grupas ietvaros, lai veicinātu pilnvērtīgu pacienta ārstēšanu, rehabilitāciju atkarībā no pacienta individuālājām vajadzībām.
4. Terapeitisko attiecību veidošana un uzturēšana: Psihoterapeits veido drošas, empātiskas un profesionālas attiecības, kas nodrošina efektīvu terapijas procesu. Tiek uzturētas skaidras profesionālās robežas un risinātas grūtības terapeitiskajā aliansē.
5. Pētījumos balstītu intervenču pielietošana praksē: Speciālists pielieto zinātniski pierādītas terapijas metodes atbilstoši konkrētajiem psihiskās veselības traucējumiem un klīniskajām vadlīnijām. Terapijas progresu regulāri izvērtē, izmantojot standartizētas skalas un citus novērtēšanas rīkus.
6. Psihoterapeits savas kompetences robežās atpazīst paškaitējuma, suicidāla vai cita paaugstināta klīniskā riska pazīmes, veic sākotnēju drošības plānošanu un nodrošina savlaicīgu sadarbību ar ārstējošo ārstu, psihiatru, ārstu-psihoterapeitu vai neatliekamās palīdzības dienestu. Psihoterapeits neveic patstāvīgu medicīnisku riska diagnostiku un neaizstāj ārsta kompetenci paaugstināta klīniskā riska vadībā.
7. Multiprofesionālā sadarbība un dalība komandā: Speciālists profesionāli sadarbojas ar psihiatriem, ārstiem-psihoterapeitiem un citiem veselības aprūpes speciālistiem, izmantojot medicīnisko terminoloģiju un diagnostikas

klasifikatorus, neveicot patstāvīgu medicīnisku diagnozes noteikšanu. Tiek ņemta vērā arī farmakoterapijas ietekme uz pacienta emocionālo un kognitīvo funkcionēšanu.

8. Ētika, tiesiskums un profesionālā refleksija: Psihoterapeits ievēro Latvijas normatīvos aktus, profesionālās ētikas principus un nodrošina konfidencialitāti. Regulāra supervīzija, refleksija un kultūras kompetence palīdz uzturēt kvalitatīvu un ilgtspējīgu profesionālo praksi.

Psihoterapijas speciālista kompetences

Psihoterapijas speciālistam ir speciālists ar iegūtu maģistra grādam vai tam pielīdzināmu augstāko izglītību, īpaši uzsverot humanitārajās un sociālo zinību jomas, un apgūti specializēto izglītību psihoterapijā vismaz četrus gadu apjomā (ne mazākam par 1600 stundām). Kopējais izglītības apjoms: vismaz septiņi gadi (ne mazāk par 3200 stundām, ko veido iegūtais maģistra grāds vai tam pielīdzināma augstākā izglītība un specializētā izglītība psihoterapijā). Psihoterapijas speciālista veiktā nemedicīniskā darbība ir vērsta uz klienta dzīves kvalitātes uzlabošanu, personības izaugsmi, adaptācijas spēju stiprināšanu un emocionālu atbalstu dzīves krīzēs.

1. Terapeitiskās alianses un drošas vides veidošana: Speciālists veido drošu, empātisku un profesionālu vidi, uzturot skaidras robežas un konfidencialitāti. Terapijas procesā tiek nodrošināta pieņemoša attieksme un cieņpilna sadarbība ar klientu.
2. Gadījuma izpratne un konceptualizācija: Speciālists analizē klienta dzīvesstāstu un grūtības izvēlētā terapeitiskā virziena ietvarā, fokusējoties uz klienta resursiem un izaugsmes iespējām. Darbs nav orientēts uz medicīnisku diagnožu noteikšanu vai ārstēšanu.
3. Klientam pielāgotu intervenču īstenošana: Tiek izmantotas klienta vajadzībām piemērotas tehnikas pašizpratnes, emocionālās regulācijas un stresa pārvarēšanas veicināšanai. Speciālists sniedz atbalstu arī eksistenciālu un situatīvu krīžu laikā.
4. Psihoterapijas speciālists atpazīst paškaitējuma, suicidāla vai cita būtiska riska pazīmes un šādos gadījumos informē klientu par nepieciešamību vērsties pie ĀP, neatliekamās palīdzības dienesta vai cita atbilstoša palīdzības sniedzēja. Psihoterapijas speciālists neveic klīniskā riska medicīnisku vadību.

5. Profesionālā ētika, tiesiskums un refleksija: Speciālists ievēro profesionālās ētikas principus, konfidencialitāti un Latvijas normatīvos aktus. Regulāra supervīzija, personīgā terapija un kultūras jutīgums palīdz nodrošināt kvalitatīvu un ilgtspējīgu profesionālo praksi.

Medicīnas **psihologa un** ***klīniskā un veselības*** **psihologa kompetences, to salīdzinājums**

Klīniskais un veselības psihologs ir speciālists ar maģistra grādu klīniskajā un veselības psiholoģijā. Medicīnas psihologs ir speciālists ar pamatizglītību (maģistra grādu) klīniskajā un veselības psiholoģijā un papildus apgūtu pirmā līmeņa starpdisciplināru tālākizglītības papildizglītības programmu 2 akadēmisko semestru apjomā medicīnas un dzīvības zinātņu jomā. Šajā tabulā (3. tabula) apkopotas un strukturētas psihologu pamatkompetences, nodalot klīniskā un veselības psihologa lomu no medicīnas psihologa lomas, kurš ir tieši integrēts ārstniecības procesā kā sertificēta un juridiski atbildīga ĀP (pēc Lietuvas, Beļģijas un Somijas paraugiem).[31]

3. tabula ***Psihologu kompetences jomas un to apraksts klīniskajiem un veselības psihologiem un medicīnas psihologiem***

Psihologa kompetences joma un apraksts	**Klīniskais un veselības psihologs**	**Medicīnas psihologs (ĀP)**
1. Psiholoģiskā izpēte: Personības iezīmju, emocionālā stāvokļa, kognitīvo funkciju un uzvedības modeļu vispārējs novērtējums, izmantojot standartizētus testus un intervijas.	✓ Ir	✓ Ir
2. Diferenciālā klīniskā diagnostika veselības aprūpē: Padziļināta izpēte diferenciāldiagnozes noteikšanai (piemēram, demences nodalīšana no depresijas, organisku bojājumu noteikšana, somatoformu	Daļēji (tikai rekomendējoši)	✓ Ir (obligāta klīniskā prasība)

[31] EACLIPT Task Force on "Competences of Clinical Psychologists". Competences of Clinical Psychologists. Clinical Psychology in Europe, 2019, 1. sēj., Nr. 2, raksts e35551. DOI: 10.32872/cpe.v1i2.35551.

traucējumu analīze), tieši izmantojot SSK-10/11 un DSM-5 medicīniskos klasifikatorus.		
3. Integrācija multidisciplinārajā ārstniecības komandā: Kopīga pacientu ārstēšanas un rehabilitācijas plāna izstrāde kopā ar psihiatriem, ārstiem-psihoterapeitiem, neirologiem un somatiskajiem ārstiem.	Daļēji (kā ārējs piesaistīts speciālists)	✓ Ir (ikdienas pienākums ĀI)
4. Medicīniskā tiesiskā un juridiskā atbildība: Oficiālu ierakstu veikšana pacienta medicīniskajā kartē (slimības vēsturē, E-veselībā), atbildība par pacienta klīnisko drošību un ĀL normu ievērošana.	✗ Nav (darbojas Psihologu likuma ietvaros)	✓ Ir (kā reģistrētai ĀP)
5. Psihofarmakoloģijas un somatisko slimību patofizioloģijas pārzināšana: Zināšanas par medikamentu ietekmi uz pacienta psihi un kognitīvajām funkcijām, kā arī somatisko patoloģiju (piemēram, insulta, onkoloģijas, endokrīno slimību) bioloģiskās mijiedarbības ar psihisko veselību izpratne.	Minimāli / Teorētiski	✓ Ir
6. Psiholoģiskā intervence un terapeitiskais darbs: Zinātniski pamatotu psiholoģiskās konsultēšanas un psihoterapijas metožu (piemēram, KBT, DBT) patstāvīga piemērošana pacientiem ar dažādiem traucējumiem.	✓ Ir	✓ Ir (fokusēts uz klīniskām patoloģijām)
7. Pacientu līdzestības ("*adherence*") vadība hronisko slimību ārstēšanā: Kompetence strādāt ar pacientiem, kuriem ir ilgstoši somatiski vai psihiski traucējumi, lai motivētu un nodrošinātu medicīnisko rekomendāciju un režīma ievērošanu.	Teorētiski / Vispārīgi	✓ Ir (tiešā klīniskā intervence)
8. Darbs akūtās medicīniskās situācijās un paliatīvajā aprūpē: Krīzes intervences nodrošināšana pie pacienta gultas (piemēram, intensīvās terapijas nodaļā, pēc akūtiem	Daļēji / Ambulatori	✓ Ir (specifiska stacionāra kompetence)

neiroloģiskiem vai kardioloģiskiem notikumiem, letālas diagnozes paziņošana).		

Speciālistiem, kuri sniedz psiholoģisko vai psihoterapeitisko palīdzību bērniem un pusaudžiem, nepieciešamas papildu kompetences bērna attīstības psiholoģijā, ģimenes sistēmu izpratnē, komunikācijā ar bērniem un pusaudžiem, kā arī bērnu tiesību aizsardzības jautājumos, rekomendējama strukturēta apmācību izstrāde, kas būtu arī juridiski definēta ĀL tvērumā.
Lai uzlabotu pacientu izpratni par dažādajiem speciālistiem, būtu nepieciešams:

1. Īstenot izglītojošu kampaņu iedzīvotājiem, skaidri definējot dažādo speciālistu kompetences un lomu ārstniecībā vai labbūtībā (sk. 2.2.apakšpunkta 5. rekomendāciju);
2. Izveidot un izvietot informatīvus materiālus ārstu (piemēram, ģimenes ārstu) kabinetos, skaidrojot atšķirības starp dažādajiem speciālistiem, to kompetencēm, iespējamajiem ieguvumiem un riskiem, kā arī informējot par darbību regulējošajām instancēm, kur vērsties sūdzību gadījumā;
3. Veidot izglītojošas kampaņas ārstniecībā iesaistītām personām, tostarp ģimenes ārstiem, lai nodrošinātu skaidru informācijas nodošanu pacientiem, diferencējot, pie kura speciālista saņemams ārstniecības pakalpojums, pie kura – labbūtības veicināšanas pakalpojums, tostarp informējot par ieguvumiem un riskiem.

5.3. Pamatojums

Veiktās izmaiņas radītu atbilstošu profesiju aprakstu, kas skaidri norādītu juridisko atbildību, pacientu un klientu tiesību pilnvērtīgu nodalījumu un izpratni, salīdzinot ar šī brīža situāciju.

Šobrīd likumdošanā nav aprakstīti un nošķirti kā profesija *psihoterapeiti,* kas nav pēc izglītības *ārsti-psihoterapeiti*. Veiktās izmaiņas likumdošanā ļautu definēt tādus speciālistus, kas ir iepriekš ieguvuši maģistra grādam atbilstošu augstāko izglītību, ieguvuši papildizglītību kāda no psihoterapijas virzieniem, ir reģistrēti kā ĀP, taču nav uzskatāmi par ārstiem-psihoterapeitiem (nav sertificēti kā ārsti-psihoterapeiti vai neatrodas profesionālajā apmācībā kā rezidenti psihoterapijā). Nodalījums ļautu precīzi definēt speciālista iesaisti pacienta ārstniecības procesā, papildināt šobrīd pieejamo speciālistu loku, paplašināt to kompetences.

Šobrīd likumdošanā nav atspoguļoti *psihoterapijas speciālisti*, netiek reglamentēta to darbība un to darbības uzraudzība. Šo funkciju nodrošina Latvijas Psihoterapeitu biedrība, kas ir Eiropas Psihoterapijas asociācijas (turpmāk - EAP) nacionālā dalīborganizācija, bet kopš 2005. gada arī nacionālā akreditējošā organizācija. Latvijas Psihoterapeitu biedrības izglītības, sertifikācijas, resertifikācijas un profesionālās ētikas sistēma ir veidota, ievērojot EAP un tās sastāvā esošo Eiropas psihoterapijas virzienu organizāciju standartus, kas šobrīd nodrošina Latvijā praktizējošo psihoterapijas speciālistu uzraudzību, sertifikāciju, resertifikāciju pēc EAP standartiem.

Būtu nepieciešams skaidrs nodalījums arī psihologu starpā, lai pakalpojuma saņēmējam būtu skaidrs – kurš speciālists ir iesaistīts ārstniecības procesā, kurš nav. Iepriekšējā nodevuma ietvaros tika aplūkota citu valstu pieredze. Lietuvā veselības aprūpes sistēmā netiek lietots termins „klīniskais psihologs" kā neatkarīgs subjekts, bet gan "medicīnas psihologs" ("*medical psychologist"*), kas apvieno klīniskās un veselības psiholoģijas zināšanas, bet darbojas strikti kā ĀP.[32] Šis statuss piešķir tiesības veikt valsts apmaksātas manipulācijas un strādāt tiešā sadarbībā ar veselības aprūpes speciālistiem. Savukārt Beļģijas un Somijas modeļos, lai darbotos veselības aprūpē un iesaistītos tiešā ārstniecībā, psihologam ir jābūt reģistrētam nacionālajā veselības aprūpes reģistrā (piemēram, Somijā – Valvira reģistrā), kas uzliek augstākas prasības tieši medicīnisko, farmakoloģisko un diferenciāldiagnostisko kompetenču jomā.

Šobrīd nav pieejama vienota vietne par bērnu un pusaudžu aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, to kompetencēm un nepieciešamo iegūstamo kvalifikāciju (arī kas saistīta ar bērnu un pusaudžu attīstību, bērnu tiesību aizsardzība jautājumiem u.c.); nav pieejamas atjaunotas vadlīnijas bērnu un pusaudžu psihiskās veselības jautājumos.

5.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Novērojamas dažādas reālās dzīves situācijas, tostarp arī pacientu (un klientu) sūdzības šādu pārpratumu dēļ, par ko liecina arī, piemēram, Latvijas Republikas tiesībsarga 2024. gada 17. janvāra atzinums pārbaudes lietā Nr. 2023-15-27L. Šobrīd plašākai sabiedrībai nav pieejama skaidra un saprotama informācija par to, kā objektīvi atšķirt speciālistus, kas sniedz pakalpojumus un kas sniedz ārstniecību, kas apgrūtina pacienta iespējas pieņemt informētu lēmumu par nepieciešamās palīdzības saņemšanu un rada risku nepilnvērtīgai pacienta tiesību

[32] Kazlauskas, E., & Grigutyte, N. *Clinical Psychology in Lithuania: Current Developments in Training and Legislation. Clinical Psychology in Europe*, 2020, 2. sēj., Nr. 1, raksts e2835. DOI: 10.32872/cpe.v2i1.2835.

uz drošu, kvalitatīvu un atbilstoši regulētu veselības aprūpi nodrošināšanai. Veiktās izmaiņas uzlabotu pacientu drošību, nodrošinātu iespēju saņemt atbalstu ĀP kļūdu gadījumā.

5.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Nepieciešams veikt 1., 2., 3. un 4. nodaļā rekomendētās izmaiņas normatīvajos aktos.

6. Novērojama finansiāla nevienlīdzība: ilgtermiņa, klīniski nepieciešamo psiholoģisko vai psihoterapeitisko palīdzību bieži iespējams saņemt tikai privātajā sektorā, kas daļai pacientu nav pieejams

6.1. Problēma

Latvijā psihiskās veselības aprūpes sistēmā pastāv būtiska nevienlīdzība psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamībā. Lai gan psihiskie traucējumi un emocionālās grūtības rada nozīmīgu ietekmi uz sabiedrības veselību, darba spējām, sociālo funkcionēšanu un kopējām veselības aprūpes izmaksām, ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība primāri ir pieejama privātajā sektorā, ko pacienti apmaksā no saviem finanšu līdzekļiem. Līdzīga situācija novērojama arī bērnu un pusaudžu jomā, tomēr bērniem un pusaudžiem pieejami arī bezpeļņas organizāciju pakalpojumi, piemēram, PRC, kas sniedz mūsdienīgu un multi-disciplināru atbalstu pusaudžiem ar atkarību un psihiskās veselības riskiem. Valsts apmaksāto pakalpojumu apjoms šobrīd ir ierobežots un bieži nespēj nodrošināt nepārtrauktu un klīniski pietiekamu palīdzību pacientiem ar ilgstošām psihiskās veselības grūtībām.

Tas rada situāciju, kur personām ar zemākiem ienākumiem pieejama galvenokārt īstermiņa vai fragmentēta palīdzība, kas bieži tiek nodrošināta tikai akūtu krīžu laikā vai stacionārā ārstēšanā. Savukārt regulāra, ilgtermiņa psihoterapeitiskā palīdzība, kas daudzos gadījumos ir klīniski nepieciešama depresijas, trauksmes traucējumu, personības traucējumu, traumatiskas pieredzes vai citu psihiskās veselības traucējumu ārstēšanā, daļai pacientu finansiāli nav pieejama. Papildus tam esošajā sistēmā psiholoģiskie un psihoterapeitiskie pakalpojumi bieži netiek pilnvērtīgi integrēti ārstniecības procesā, un klīnisko un veselības psihologu, kā arī psihoterapijas speciālistu iesaiste valsts apmaksātajā ārstniecības sistēmā ir ierobežota. Tas samazina pieejamo cilvēkresursu kapacitāti psihiskās veselības aprūpē un palielina slogu psihiatriem, stacionārajai aprūpei un neatliekamās palīdzības sistēmai.

Vienlaikus jāņem vērā, ka arī veselības apdrošināšanas sistēmā psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība tiek segta ļoti ierobežotā apjomā. Daudzos gadījumos apdrošināšanas polisēs tiek apmaksāta tikai viena psihologa vai psihoterapeita konsultācija vai neliels konsultāciju skaits, kas nav pietiekams pilnvērtīgam ārstniecības procesam. Tas neveicina savlaicīgu un nepārtrauktu ārstēšanu, īpaši pacientiem ar vidēji smagiem vai hroniskiem psihiskās veselības traucējumiem.

6.2. Priekšlikumi

Lai mazinātu nevienlīdzību psihiskās veselības aprūpē un uzlabotu psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamību, nepieciešams attīstīt valsts mēroga, daudzlīmeņu psihiskās veselības aprūpes sistēmu, kas nodrošinātu savlaicīgu, nepārtrauktu un klīniski pamatotu palīdzību dažādām pacientu grupām. Kā piemērs minams šobrīd pieejamā bērnu un pusaudžu psihiskās veselības sistēma, kur pieejamas 10 valsts apmaksātas psihologa vai psihoterapeita konsultācijas, ko ar ārstu konsilija lēmumu iespējams pagarināt par vēl 10 reizēm. Pacientiem, kam nepieciešama ilgtermiņa rehabilitācija, šāds apjoms nav pietiekams, radot pārrāvumus aprūpē, ja nepieciešams uzsākt jaunas terapeitiskās attiecības ar citu speciālistu citā ĀI vai bezpeļņas organizācijas nodrošinātā pakalpojumā.

Būtiski ir palielināt valsts finansējumu ambulatorajiem psiholoģiskajiem un psihoterapeitiskajiem pakalpojumiem, īpaši nodrošinot pieejamību pacientiem ar depresiju, trauksmes traucējumiem, psihosomatiskām saslimšanām, hroniskām psihiskās veselības problēmām, kā arī bērniem un pusaudžiem. Vienlaikus nepieciešams attīstīt pakāpeniskas psihiskās veselības aprūpes modeli ("*stepped-care approach*"), kur palīdzības intensitāte tiek pielāgota pacienta vajadzībām, sākot no īstermiņa psiholoģiskām intervencēm un agrīnas palīdzības līdz strukturētai psihoterapijai un multidisciplinārai ārstēšanai sarežģītākos gadījumos.

Vienlaikus nepieciešams veicināt psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu plašāku iekļaušanu veselības apdrošināšanas sistēmā, pielāgojot apmaksāto pakalpojumu apmēru pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām. Psihoterapija un strukturētas psiholoģiskās intervences pēc būtības ir ilgtermiņa ārstēšanas metode, kuras efektivitātei nepieciešama regularitāte un ārstēšanas nepārtrauktība, līdz ar to apdrošināšanas sistēmai būtu jāparedz plašāks segums klīniski pamatotu psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu saņemšanai.

Nepieciešams stiprināt psihiskās veselības aprūpes integrāciju primārajā veselības aprūpē, attīstot ciešāku sadarbību starp ģimenes ārstiem, psihiatriem, ārstiem-psihoterapeitiem, medicīnas psihologiem, psihoterapeitiem un sociālajiem dienestiem. Nodrošināt strukturētu pārejas modeli valstiskā mērogā pacientiem, kuri līdz pilngadības sasniegšanai ir novērojušies pie bērnu psihiatra, psihologa, lai ārstēšanas un psiholoģiskās vai psihoterapeitiskās palīdzības nepārtrauktība tiktu saglabāta, pārejot no bērnu uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpi. Šādu modeli šobrīd nodrošina Nacionālais psihiskās veselības centrs (šeit un turpmāk tekstā -

NPVC) sadarbībā ar Bērnu klīniskās universitātes slimnīca (šeit un turpmāk tekstā - BKUS); šobrīd nav izstrādāti līdzvērtīgi mehānismi pacientiem, kas ārstēšanos uzsākuši reģionālajās slimnīcās, ārstu privātpraksēs, monopraksēs[33]. Tas veicinātu agrīnu psihiskās veselības problēmu un to paasinājumu identificēšanu, savlaicīgu palīdzības sniegšanu.

Rekomendēta arī bērnu un pusaudžu psihiskās veselības vadlīniju un rekomendāciju pārskatīšana un atjaunošana. Bērnu un pusaudžu psihiskās veselības aprūpē klīniskie ceļi izstrādājami, ņemot vērā vecumposma attīstības īpatnības, ģimenes un likumisko pārstāvju iesaisti, kā arī sadarbību ar izglītības un sociālo jomu.

6.3. Pamatojums

Priekšlikumi balstīti gan zinātniskos pierādījumos, gan starptautiskajā praksē psihiskās veselības aprūpes organizēšanā, tai skaitā iepriekšējā ziņojumā salīdzinātajās valstīs (Beļģijā, Somijā un Lietuvā). Pētījumi konsekventi apliecina, ka savlaicīga psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība samazina psihisko traucējumu smagumu, mazina hospitalizāciju biežumu, uzlabo dzīves kvalitāti un sociālo funkcionēšanu, kā arī samazina suicīda risku. Zinātniskajā literatūrā ir norādīts, ka ilgtermiņā psihoterapeitiskā palīdzība ir ne tikai klīniski efektīva, bet arī ekonomiski izdevīga, jo samazina atkārtotu hospitalizāciju, neatliekamās palīdzības, darbnespējas un invaliditātes risku.[34,35,36]

Psihiskie traucējumi būtiski ietekmē darbspējas, produktivitāti un sociālo funkcionēšanu. Nepietiekama psihiskās veselības aprūpe rada ilgtermiņa slogu gan veselības aprūpes, gan sociālās aizsardzības sistēmai. Situācija, kur kvalitatīva psihoterapeitiskā palīdzība pieejama galvenokārt personām ar pietiekamiem finansiāliem resursiem neatbilst vienlīdzīgas attieksmes principam.

---

[33] NPVC *"Pāreja no bērnu uz pieaugušo psihiatriju"* pieejams: https://npvc.lv/pareja-no-bernu-uz-pieauguso-psihiatriju/ (sk.02.08.2026.)

[34] Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., Janecka, M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. The Lancet. 2018;391(10121):679–686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5. Pieejams: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5820411/

[35] Venning, A., Oswald, T. K., Stevenson, J., Tepper, N., Azadi, L., Lawn, S., Redpath, P. Determining what constitutes an effective psychosocial 'return to work' intervention: a systematic review and narrative synthesis. BMC Public Health. 2021;21:2164. DOI: 10.1186/s12889-021-11898-z. Pieejams: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8620530/#Sec25

[36] Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., Janecka, M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. The Lancet. 2018;391(10121):679–686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5. Pieejams: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5820411/

Turklāt Latvijā pastāv būtisks psihiskās veselības speciālistu trūkums, īpaši reģionos. Medicīnas psihologu un psihoterapijas speciālistu plašāka integrācija ārstniecības procesā ļautu efektīvāk izmantot esošos cilvēkresursus un palielināt pakalpojumu pieejamību, vienlaikus nodrošinot kvalitātes kontroli un pacientu drošību.

6.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Pašreizējā Latvijas psihiskās veselības aprūpes sistēma ir vērsta uz akūtu stāvokļu ārstēšanu, medikamentozu terapiju un krīžu risināšanu, savukārt ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība nav pietiekami pieejama plašai sabiedrības daļai, t.i., piemēram, ambulatorā pieņemšana. Psihisko traucējumu ārstēšanā būtiska nozīme ir nepārtrauktām psiholoģiskām un psihoterapeitiskām intervencēm, kas palīdz mazināt simptomus, uzlabot funkcionēšanu un novērst atkārtotas krīzes. Ja šāda palīdzība nav savlaicīgi pieejama, pacienti biežāk nonāk akūtās situācijās, kur nepieciešama stacionāra ārstēšana vai ilgstoša farmakoterapija. Priekšlikumi vērsti uz to, lai mazinātu situāciju, kur psihiskās veselības aprūpes kvalitāte un pieejamība ir tieši atkarīga no personas finansiālajām iespējām. Mērķis ir veidot pieejamāku, efektīvāku un sociāli taisnīgāku psihiskās veselības aprūpes sistēmu, kas balstīta agrīnā intervencē, multidisciplinārā sadarbībā un zinātniski pamatotās ārstēšanas metodēs. Vienlaikus priekšlikumi paredz arī efektīvāku esošo cilvēkresursu izmantošanu un psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu pakāpenisku integrāciju gan valsts apmaksātajā veselības aprūpē, gan veselības apdrošināšanas sistēmā, nodrošinot pacientiem lielāku iespēju saņemt nepārtrauktu un klīniski nepieciešamu palīdzību.

6.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Nepieciešams palielināt valsts finansējumu psiholoģiskajiem un psihoterapeitiskajiem pakalpojumiem, pilnveidot normatīvo regulējumu un paplašināt speciālistu iesaisti valsts apmaksātajā ārstniecībā. Vienlaikus jāattīsta multidisciplināra sadarbība un jāveicina plašāks psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības segums veselības apdrošināšanā.

7. Kvalitātes prasības pakalpojumu nodrošināšanā (speciālistu uzskaites kārtība, t.sk., iestādes, kurās sniedz pakalpojumus)

7.1. Problēma

Psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu pieejamības paplašināšana valsts apmaksātajā veselības aprūpē rada nepieciešamību nodrošināt vienotu pieeju pakalpojumu (ārstniecības procesa) kvalitātei, ārstniecības procesa organizācijai un profesionālās darbības uzraudzībai ārstniecības procesa ietvaros. Psihiskās veselības aprūpē būtiska nozīme ir ārstniecības procesa pēctecībai, ārstniecības dokumentācijas kvalitātei, informācijas apritei starp ārstniecības procesā iesaistītajiem speciālistiem un iespējai izvērtēt ārstēšanas rezultātus. Šobrīd nav pieejama strukturēta un vienota pieeja pakalpojuma (ārstniecības procesa) kvalitātes uzraudzībai, kas būtu objektīvi balstīta uz pacienta stāvokļa novērtējumu; iztrūkstoša arī pilnvērtīga komunikācija starp pacienta aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, kas nav strādājoši vienā ĀI (piemēram, psihologiem un psihoterapeitiem, kas nav strādājoši vienā ĀI ar pacienta ārstējošo ārstu/multidisciplinārās komandas vadītāju), nav nodrošināta iespēja oficiālā veidā sniegt nepieciešamo informāciju par pacienta ārstniecības, rehabilitācijas rezultātiem. Šobrīd vienīgā oficiālā saziņas iespēja starp ārstu un klīnisko un veselības psihologu multidisciplinārā komandā pieejama vienas ĀI ietvaros. Psihologiem nav pieejama e-veselība, līdz ar to nav pieejama oficiāla saziņa ar citiem pacienta ārstēšanā iesaistītajiem speciālistiem.

Valsts līmenī psihologu profesionālā darbība ir saistīta ar Izglītības kvalitātes valsts dienesta (IKVD) Psihologu reģistru, tomēr reģistrs norāda tikai reģistrēto psihologu skaitu, nav pieejama informācija par to, vai psihologs ir nodarbināts valsts sektorā. Informācija par katru no psihologiem, to darba vietu un vai pie šī psihologa ir iespējams saņemt valsts apmaksātu psiholoģisko palīdzību jāmeklē atsevišķi. Šāda veida uzskaites kārtība nav pārraugāma, kontrolējama, kā arī nav uz pacienta interesēm orientēta. Psihoterapijas speciālistu pārraudzību šobrīd nodrošina Latvijas Psihoterapeitu biedrība; kā aprakstīts 2. punktā, šobrīd nodrošinātā pārraudzība nav uzskatāma kā atbilstoša no likumdošanas puses.

7.2. Priekšlikumi

Rekomendējama vienotas informācijas nodošanas sistēmas izveide, visu multidisciplinārās komandas dalībnieku pilnvērtīga iekļaušana (tostarp to, kas nestrādā vienā ĀI). Ņemot vērā Somijas piemēru - Kela subsidēta psihoterapija pieejama uz laika periodu līdz

3 gadiem (laika periodā līdz 200 subsidētām psihoterapijas sesijām), kas katru kalendāro gadu tiek pārskatīta, terapijas piešķiršana netiek veikta automātiski. Lai pieteiktu turpinājumu, nepieciešams ne vien multiprofesionālas komandas vadītāja atzinums (visbiežāk psihiatra), kurā norādīta pacienta diagnoze, psihiskā stāvokļa novērtējumus, funkcionālie ierobežojumi, psihoterapijas turpināšanas pamatojums un rekomendējamā metode, bet arī psihoterapeita sagatavots gada laikā veiktās terapijas pārskats, kurā sniegta informācija par sasniegto progresu, terapijas norisi (t.sk. izmantoto metodi) un turpmākajiem terapijas mērķiem.

1. Noteikt, ka valsts apmaksātus psiholoģiskos un psihoterapeitiskos pakalpojumus ārstniecības procesā sniedz tikai ĀP, kuras reģistrētas ĀP un ĀAP reģistrā un kuru profesionālā darbība atbilst normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.
2. Nodrošināt vienotu speciālistu uzskaites sistēmu, kas ļauj identificēt ĀP (arī ĀAP līdz pārejas procesa beigām) profesiju, specialitāti, sertifikācijas statusu un ĀI vai prakses vietu, kurā tiek sniegti valsts apmaksātie pakalpojumi.
3. Ieviest vienotas prasības ārstniecības dokumentācijas sagatavošanai, uzglabāšanai un informācijas apritei psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu sniegšanā, nodrošinot ārstniecības procesa pēctecību un pacienta tiesību ievērošanu. Pacienta tiesību ievērošanai rekomendēts noteikt, ka informācijas apritē sistēmā netiek nodots detalizēts psihoterapijas sesiju saturs. Dokumentējams ir apmeklējuma fakts, sesiju skaits, ārstēšanas mērķu sasniegšanas dinamika, pacienta līdzestība, būtiski klīniskie riski un turpmākās rekomendācijas.
4. Ieviest vienotu ārstēšanas rezultātu izvērtēšanas un monitorēšanas kārtību valsts apmaksātajiem psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem, izmantojot validētus klīniskās novērtēšanas instrumentus un citas pierādījumos balstītus ārstēšanas procesa efektivitātes monitoringa metodes.
5. Nodrošināt vienotas prasības profesionālās kvalifikācijas uzturēšanai, sertifikācijai, resertifikācijai, tālākizglītībai un supervīzijai tām ĀP, kuras sniedz psiholoģiskos un psihoterapeitiskos pakalpojumus kā daļu no ārstniecības procesa.

7.3.Pamatojums

Pacientam ir tiesības saņemt drošus, kvalitatīvus un normatīvajiem aktiem atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus neatkarīgi no ĀP vai ĀI, kurā pakalpojums tiek sniegts. Šo

tiesību nodrošināšanai nepieciešama vienota pieeja speciālistu reģistrā pieejamajai informācijai, profesionālās darbības koordinācijai, ārstniecības kvalitātes uzraudzībai un ārstniecības procesa organizācijai.

Psihiskās veselības aprūpē ārstniecības procesā bieži vien vienlaicīgi ir iesaistīti vairāki speciālisti, tādēļ būtiska nozīme, lai nodrošinātu ārstniecības procesa nepārtrauktību, ir medicīniskās dokumentācijas kvalitātei, ārstniecības procesa pēctecībai un efektīvai informācijas apmaiņai starp ārstniecības procesā iesaistītajām personām. Esošajā situācijā nav nodrošināta vienota sistēma, kas nodrošinātu pilnvērtīgu informācijas apriti starp visiem multidisciplinārajā komandā iesaistītajiem speciālistiem (arī tiem, kas nestrādā vienā ĀI). Nepietiekamā informācijas aprite starp speciālistiem ierobežo ārstēšanas procesa koordināciju, apgrūtina ārstēšanas procesa objektīvu izvērtēšanu. Vienotas prasības dokumentēšanai un datu apritei samazinātu sekmētu koordinētu pacienta aprūpi un nodrošinātu iespēju izvērtēt sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Šobrīd valstiskā līmenī psihologu profesionālās darbības uzskaite ir fragmentēta - Psihologu reģistrs sniedz nepilnīgu informāciju, netiek nodrošināta speciālistu uzskaite pēc nodarbinātības sektora, darba vietas, faktiskās iesaistes valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā, kas praktiski apgrūtina pacientiem un ārstniecības procesa organizatoriem (multidisciplinārās komandas vadītājiem) operatīvi iegūt informāciju par valsts apmaksātajiem speciālistiem. Vienlaikus valstiskā līmenī nav pieejams psihoterapijas speciālistu reģistrs. Psihoterapijas speciālistu profesionālo darbību un reģistru pārrauga Latvijas Psihoterapeitu biedrība,[37] tomēr speciālistu pārraudzība un reģistrācija nav pilnībā reglamentēta tiesību aktos, kas rada atšķirīgas kvalitātes un pārraudzības pieejas risku.

Psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu efektivitātes izvērtēšanai nepieciešama sistemātiska ārstēšanas rezultātu monitorēšana, pārraudzība. Validētu klīniskās novērtēšanas instrumentu izmantošana ļauj objektīvi izvērtēt simptomu izmaiņas, funkcionēšanas uzlabošanos un ārstēšanas mērķu sasniegšanu, vienlaikus nodrošinot iespēju analizēt valsts apmaksāto pakalpojumu efektivitāti.

7.4. Kāpēc izteikts šāds priekšlikums?

Izvirzītie priekšlikumi paredz vienotu, uz pacienta interesēm vērstu un pārskatāmu psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu sniegšanas kārtību valsts apmaksātās veselības

---

[37] Latvijas Psihoterapeitu biedrība. *LPB speciālisti.* Pieejams: https://psihoterapija.lv/lpb-specialisti (skatīts 25.06.2026).

aprūpes ietvaros. Rekomendējamo izmaiņu ieviešana paredz vienotas kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, kas ietvertu speciālistu uzskaiti, ārstniecības kvalitātes uzraudzību, medicīniskās dokumentācijas prasības un ārstēšanas rezultātu izvērtēšanu.

Vienotu kvalitātes prasību noteikšana nodrošinātu salīdzināmu pieeju visiem valsts apmaksāto pakalpojumu sniedzējiem psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pakalpojuma grozā, veicinātu ārstniecības procesa pēctecību un ļautu objektīvi novērtēt valsts finansēto pakalpojumu efektivitāti, balstoties uz validētiem klīniskajiem instrumentiem, nodrošinātu iespēju izvērtēt sniegtos rezultātos un pamatot turpmākās ārstēšanas nepieciešamību, sekmējot objektīvi pamatotu un efektīvu veselības aprūpes budžeta pielietojumu.

7.5. Kas nepieciešams, lai priekšlikumu varētu īstenot?

Veikt korekcijas ĀL un ar to saistītajos normatīvajos aktos, Pacientu tiesību likumā, Fizisko personu datu apstrādes likumā, Psihologu likumā, nosakot vienotu valsts apmaksāto psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu sniedzēju reģistrācijas kārtību, papildinot reģistru ar atbilstošu informāciju par speciālistiem, kam ir tiesības sniegt pakalpojumus valsts apmaksātās veselības aprūpes ietvaros.

- Noteikt vienotas prasības psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu dokumentēšanai, dokumentu uzglabāšanai un informācijas apritei ārstniecības procesā;
- Izstrādāt vienotus ārstniecības dokumentācijas, datu apmaiņas, rezultātu monitorēšanas prasības un kvalitātes indikatorus, nosakot klīniskajā praksē pielietojamos instrumentus, kā arī izmantojot šobrīd likumdošanā definētos dokumentēšanas standartus ārstniecības procesa ietvaros;
- Nodrošināt atsevišķu e-veselības sadaļu un citu digitalizētu risinājumu pieejamību ārstniecības informācijas apritei starp ārstniecības procesā iesaistītajām personām;
- Nodrošināt Veselības inspekcijas, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra, Veselības ministrijas un citu atbildīgo institūciju kapacitāti ārstniecības kvalitātes uzraudzības funkciju īstenošanai.

1. pielikums

Nodevumā definēto problēmu, piedāvāto risinājumu un nepieciešamo izmaiņu konspektīvs apskats

Problēma	Piedāvātais risinājums	Nepieciešamās izmaiņas normatīvajos aktos
1. Klīnisko un veselības psihologu statuss ārstniecības procesā		
Šī brīža tiesiskajā regulējumā: 1. ĀL un ar to saistītie MK noteikumi attiecināmi tikai uz tiem klīniskajiem un veselības psihologiem, kas strādā ĀI un ir reģistrējušies kā ĀAP. Pasaules līmeņa vadlīnijas un speciālistu praktiskā darbība liecina, ka klīnisko un veselības psihologu darbs uzskatāms par ārstniecību pēc būtības. Esošais tiesiskais regulējums pēc būtības uzskatāms par nekorektu, kā arī nenodrošina pietiekošu pacientu tiesību aizsardzību un speciālistu darbības ietekmes atbilstošu novērtējumu.	1. Izveidot starpdisciplināru tālākizglītības papildizglītības programmu pēc maģistra grāda iegūšanas, ar atbilstošu apmācību apjomu (2 akadēmisko semestru apjomā) medicīnas un dzīvības zinātņu jomā, tiem klīniskajiem un veselības psihologiem, kas strādā (vai vēlas uzsākt darbību) ĀI, apmācībās iekļaujot šādus kursus: anatomija, patoloģiskā fizioloģija, bioloģija, ģenētika, ievads psihofarmakoloģijā, klīniskajā psihiatrijā augstākās izglītības līmenī 21 līdz 60 ECTS apjomā. Pēc programmas apguves un normatīvajos aktos noteikto	1. MK noteikumu Nr. 460 1. pielikuma "Reglamentēto specialitāšu un apakšspecialitāšu saraksts" 52. punktu – papildināt ar "medicīnas psihologs" un "klīniskais un veselības psihologs". 2. Veikt izmaiņas MK Nr. 617 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu", papildinot ar pēc maģistra grāda psiholoģijā iegūšanas apgūta tālākizglītības programma medicīnas un dzīvības zinātnēs, ļaujot speciālistam iegūt

2. Klīniskajiem un veselības psihologiem, kas praktizē privātpraksēs, nav jāiegūst ĀAP sertifikāts un nav jāreģistrējas ĀP un ĀAP reģistrā, un nav jāievēro ĀL tiktāl, cik to paredz ĀAP tiesiskais regulējums. Pakalpojuma saņēmējiem var būt grūti izprast, kurš speciālists ir iesaistīts veselības aprūpē un kuram ir jāievēro ĀL un kuram nav. 3. Netiek precizēta multidisciplināras komandas darbība kā ambulatorajai komandai ar klīnisko un veselības psihologu iesaisti tajā.	reģistrācijas un sertifikācijas prasību izpildes speciālists iegūst ĀP statusu medicīnas psihologa profesijā. 2. Personām, kas nevēlas turpināt apmācību, nav piešķirams ĀP vai ĀAP statuss. Speciālisti, kas nav strādājoši ĀI, nedrīkst norādīt, ka nodarbojas ar ārstniecību privātpraksēs, savukārt personām ar ĀP statusu nepieciešams veikt privātprakšu atbilstošu pielāgošanu saskaņā ar MK 2009. gada 20. janvāra noteikumiem Nr. 60 “"Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" prasībām”, veikt šo prakšu regulāru pārraudzību, kontroli atbilstoši likumā noteiktajam. Rekomendēts pārtraukt klīnisko un veselības psihologu reģistrēšanu kā ĀAP, ar pārejas periodu 5 gadu apmērā. 3. Speciālistus, kas ieguvuši ĀP statusu un apguvuši papildus profesionālo izglītību	ĀP statusu medicīnas psihologa profesijā. 3. Veikt izmaiņas ĀL, Pacientu tiesību likumā, MK Nr. 134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu”, MK Nr.265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”, MK Nr. 460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papilds pecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”, MK Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”, MK Nr. 617 “Noteikumi par ĀP un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”, Likumā “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu”, Psihologu likumā, MK Nr. 301 “Psihologu noteikumi”, MK Nr. 302

	KBT vai psihodinamiskajā psihoterapijā, iegūstot sertifikāciju šajās psihoterapijas zinātnēs, pārdēvēt par *medicīnas psihologiem-psihoterapeitiem* vai *medicīnas psihologiem ar tālākizglītību KBT vai psihodinamiskajā psihoterapijā*.	"Psihologu sertifikācijas padomes nolikums", MK Nr. 193 "Noteikumi par ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificējamo ārstniecības atbalsta personu profesijām", MK Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām".
2. Psihoterapijas speciālistu statuss ārstniecības procesā. Profesijas nosaukuma "psihoterapijas speciālists" pacientu maldināšanas potenciāls un nepietiekama noregulēšana		
Likumdošanā ir novērojami trūkumi psihoterapijas speciālistu tiesiskajā regulējumā: 1) "Psihoterapijas speciālists" netiek izdalīta kā profesija likumā "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" un MK noteikumos Nr. 460 "Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām".	1. Veikt korekcijas likumā, definējot, ka "*ārsts-psihoterapeits*" ir reglamentēta ārsta pamatspecialitāte un ir reģistrēta ĀP; "*psihoterapeits*" ir speciālists, kas iepriekš ieguvis atbilstošu maģistra līmeņa augstāko izglītību (maģistra grāds medicīnas un dzīvības zinātņu jomā) un ir reģistrēta ĀP, papildus iegūstot tālākizglītības apmācību sertifikātu kādā no psihoterapijas novirzieniem (KBT, psihodinamiskā psihoterapija, IPT,	1. Papildināt Ministru kabineta 2017. gada 23. maija noteikumus Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām", skaidri nosakot psihoterapijas speciālista profesionālo kategoriju, kvalifikācijas prasības un profesionālās darbības robežas;

2) MK noteikumu Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām" pielikuma "Profesiju klasifikators" 308.atsevišķajā grupā "Psihologs" ir iekļauts psihoterapijas speciālists (308.8.apakšpunkts), kas pēc savas būtības apraksta tikai tos psihoterapijas speciālistus, kas ir ieguvuši maģistra grādu psiholoģijā. Atsevišķi netiek izdalīti speciālisti, kas ieguvuši bakalaura vai maģistra grādu citā jomā. 3) Latvijas Republikas tiesībsarga 2024. gada 17. janvāra atzinumā pārbaudes lietā Nr. 2023-15-27L sniegta rekomendācija "nodrošināt psihoterapijas speciālista profesijas standarta vai profesionālās kvalifikācijas prasību un profesionālās darbības pārraudzības mehānisma regulējuma izstrādi, kā arī atbilstošas	biheiviorālā terapija); savukārt "*psihoterapijas speciālists*" ir speciālists, kas ir ieguvis augstāko izglītību, papildus iegūstot tālākizglītības apmācību sertifikātu kādā no psihoterapijas novirzieniem, bet nav ĀP vai ĀAP. 2. Rekomendēts izstrādāt papildinājumus likumdošanā (ĀL, Pacientu tiesību likums, MK noteikumi), iekļaujot psihoterapiju kā pilnvērtīgu veselības aprūpes un ārstniecības sastāvdaļu, skaidri nodalot, ka ārsts-psihoterapeits ir vienīgais no psihoterapijas jomas pārstāvjiem, kam ir pilna ārsta diagnostiskā un ārstēšanas plāna kompetence. "Psihoterapeits" ir ĀP un nodarbojas ar ārstniecību tikai konkrētās psihoterapeitiskās metodes ietvaros, tā darbību regulē ĀL u.c. saistošie normatīvie akti, bet tam nav diagnostiskās un ārstēšanas plāna kompetences	2. Izstrādāt "*psihoterapeita*", "*psihoterapijas speciālista*" profesijas standartu un profesionālās kvalifikācijas prasības; 3. Noteikt vienotu "*psihoterapijas speciālistu*" profesionālās darbības uzraudzības un kvalitātes kontroles mehānismu, tostarp izvērtējot atbildīgās institūcijas kompetenci profesionālās darbības pārraudzībā un pacientu sūdzību izskatīšanā; 4. Ievērojot likuma "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" 5. pantā noteikto, ierobežot likumā noteikto reglamentēto profesiju un to specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu nosaukumu izmantošanu. Jāizsaka ĀL 82. pants jaunā redakcijā, paredzot tajā administratīvo atbildību arī par ĀP profesijas, specialitātes nosaukuma nepamatotu

kategorijas noteikšanu profesiju klasifikatorā". 4) Psihoterapijas speciālisti nevar ne veikt ārstniecību, ne tikt iesaistīti ārstniecības procesa nodrošināšanā. 5) "Psihoterapijas speciālista" nosaukums var būt maldinošs, radot nepareizu priekšstatu par speciālista statusu (ĀP vai pakalpojuma sniedzējs; abiem sertifikācijas process, kas var maldināt, sertifikāciju uztverot kā ĀP darba sastāvdaļu).	3. Papildus rekomendējams noteikt, ka "*psihoterapijas speciālists*" un "*psihoterapeits*" praktizē tikai vienā konkrētā psihoterapijas virzienā, kā tas tiek īstenots Somijā. Šāda pieeja veicinātu skaidrāku profesionālās kompetences robežu noteikšanu, kvalitatīvāku apmācības procesu un lielāku pakalpojumu kvalitātes pārraudzību. 4. Rekomendēts deleģēt *psihoterapeitu* profesionālās darbības uzraudzību funkciju LĀPPOS (LĀB, ja iepriekš iegūtā izglītība ir ārsta grāds) atbilstoši likumā noteiktajam. 5. Rekomendēts veikt informatīvu akciju kā piemēru ņemot kādu no jau esošajām SPKC informatīvajām kampaņām: *Pārgalvības cena. Nelec! v*ai *Uzvari cīņā ar vēzi, pirms tā sākas!*	izmantošanu, ja to izdarījusi persona, kura nav ĀP. 5. Noteikt, ka "*psihoterapijas speciālists*" praktizē tikai vienā konkrētā psihoterapijas virzienā, kā arī noteikt vienotas prasības profesionālās kvalifikācijas uzturēšanai un tālākizglītībai.

3. Diferencēti valsts līmeņa klīniskie ceļi, iekļaujot ārstēšanas pēctecības principus starp ģimenes ārstu, psihiatru, psihologu (*medicīnas* psihologu), psihoterapeitu (ārstu-psihoterapeitu, *psihoterapeitu*) un rehabilitācijas komandām. Pakalpojumu kvalitātes kontroles mehānismi. Valsts apmaksāto psiholoģisko/psihoterapeitisko pakalpojumu pieejamības uzlabošana		
1) Šobrīd valsts apmaksātie psiholoģiskie un psihoterapeitiskie pakalpojumi nav pietiekami diferencēti – konsultāciju apjoms un terapijas pieeja netiek pielāgota pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām. 2) Pastāvošo valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamība tiek vērtēta kā nepietiekama: ilgs gaidīšanas laiks līdz vizītei, samazināta speciālistu pieejamība reģionos, ierobežota klīnisko un veselības psihologu, kā arī psihoterapijas speciālistu iesaiste valsts apmaksātajā ārstniecības sistēmā. 3) Šobrīd nav pieejama valsts apmaksāta vai daļēji subsidēta pilnvērtīga ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā	1. Šobrīd pieejamo vadlīniju pārskatīšana, iekļaujot tajās atbilstošu informāciju par rekomendējamām ilgtermiņa psihoterapijas iespējām, rekomendējamo psihoterapijas ilgumu atbilstoši pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām (šobrīd pārskatīta Depresijas diagnostiskas un ārstēšanas klīniskās vadlīnijas pieaugušajiem). 2. Palielināt valsts apmaksāto pakalpojumu sniedzēju skaitu – vismaz 10 speciālisti (ārsti-psihoterapeiti, psihoterapeiti, medicīnas psihologi) uz 10 000 iedzīvotāju.	1. Veikt korekcijas ĀL, Pacientu tiesību likumā, Psihologu likumā, MK Nr.265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”, MK Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”, MK Nr. 301 “Psihologu noteikumi” .

palīdzība, kas nesakrīt ar pasaules līmeņa klīniskajiem pierādījumiem un rekomendācijām. Regulāra, ilgtermiņa psihoterapeitiskā palīdzība, kas daudzos gadījumos ir klīniski nepieciešama dažādu psihiskās veselības traucējumu ārstēšanā, daļai pacientu finansiālu iemeslu dēļ nav pieejama, kā rezultātā personām ar zemākiem ienākumiem pieejama galvenokārt īstermiņa vai fragmentēta palīdzība, kas bieži tiek nodrošināta tikai akūtu krīžu laikā vai stacionāras ārstēšanās laikā. 4) Nav nodrošināts pietiekams sadarbības un atgriezeniskās saites mehānisms starp nosūtošo ārstu-speciālistu un psihologu vai psihoterapijas speciālistu, kā rezultātā ārstniecības procesā ne vienmēr ir iespējams izvērtēt sniegtā pakalpojuma efektivitāti un ietekmi uz veselības stāvokļa dinamiku, kā arī pacienta	3. Veikt izmaiņas psihoterapijas apmaksas kārtībā – izvērtēt iespēju pilnīgi vai daļēji subsidēt no veselības aprūpei piešķirtajiem līdzekļiem psihoterapijas pakalpojumu tādā apmērā (reižu skaits), kas ir atbilstošs pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām. 4. Izveidot standartizētu ilgtermiņa psihoterapijas novērtējuma anketu, kas aizpildāma pēc noteikta laika perioda, tādējādi nodrošinot psihoterapijas efektivitātes novērtēšanu, pilnvērtīgu informācijas apmaiņu starp visiem pacienta veselības aprūpē iesaistītajiem speciālistiem. 5. Pāriet uz pilnvērtīgu un vienotu elektronisko saziņas metodi, kas ļautu	

līdzestību. Iztrūkst arī objektīvs kvalitātes izvērtēšanas mehānisms – vai ieguldītie līdzekļi ilgtermiņā ir devuši vēlamo uzlabojumu.	visiem multiprofesionālās komandas speciālistiem iepazīties ar informāciju par pacienta ārstēšanas progresu, nepieciešamajām un rekomendējamajām izmaiņām savlaicīgi, kā arī izvērtēt, vai pacients ir izpildījis sniegtās rekomendācijas, iesaistījies savā ārstēšanas procesā. 6. Izvērtēt iespēju daļēji novirzīt sniegtos pakalpojumus labklājības nozarei, piemēram, grupu terapijas, ģimenes terapijas, tādējādi mazinot finansiālo slogu veselības nozarei, paplašinot pieejamo pakalpojumu klātu dažādās sociālajās grupās, reģionāli. 7. Izveidot pacientu pieredzes un apmierinātības izvērtēšanas mehānismu, izmantojot vienotu, īsu un konfidenciālu pacientu atgriezeniskās saites instrumentu, piemēram, *NHS*	

	Talking Therapies Patient Exprience Questionnaire (PEQ).	
4. Valsts apmaksāto pakalpojumu groza papildināšana		
1) Lai gan pēdējo gadu laikā Latvijā ir veikti būtiski ieguldījumi psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanā, psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu organizācija joprojām ir fragmentēta, un valsts apmaksāto pakalpojumu grozs pilnībā neatbilst iedzīvotāju vajadzībām, epidemioloģiskajai situācijai un mūsdienu pierādījumos balstītas psihiskās veselības aprūpes principiem. 2) Valsts apmaksāto pakalpojumu grozā nav skaidri definētas pierādījumos balstītas psihoterapeitiskās intervences, kurām prioritāri būtu nodrošināms finansējums, kā arī nav noteikti orientējoši ārstēšanas apjomi atbilstoši dažādu psihisko traucējumu klīniskajām vajadzībām, kā	1. Vienota aprūpes modeļa izstrāde personām ar identificētu pašnāvības risku, paredzot strukturētu riska izvērtēšanu, drošības plāna izstrādi, īstermiņa psiholoģiskās intervences, pēckrīzes novērošanu un koordinētu sadarbību starp speciālistiem. Pašnāvības risks iekļaujams kā indikācija prioritārai valsts apmaksātai palīdzībai, paredzot obligātu sākotnēju vai paralēlu ārsta klīnisku izvērtēšanu, riska līmeņa noteikšanu un ārstēšanas plāna formulēšanu. Psiholoģiskas un psihoterapeitiskas intervences šajos gadījumos sniedzamas atbilstoši riska līmenim un skaidram sadarbības mehānismam ar ārstējošo ārstu. 2. Lai nodrošinātu vienlīdzīgāku un efektīvāku psihiskās veselības aprūpi:	Lai īstenotu minētos priekšlikumus, nepieciešams veikt grozījumus normatīvajos aktos, kas regulē valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu un apmaksu, nosakot psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu saturu, sniedzējus un rekomendējošo apjomu. Nepieciešams izstrādāt un apstiprināt nacionāla līmeņa klīniskās rekomendācijas psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu nodrošināšanai, tostarp definējot ārstēšanas algoritmus dažādu psihisko traucējumu gadījumos un pašnāvības riska vadībā.

rezultātā pacientiem ne vienmēr ir iespēja saņemt pilnvērtīgu un atbilstošu terapijas kursu. 3) Būtiska nepilnība – pašnāvību profilakses pakalpojumu nepietiekama attīstība. Lai gan Latvijā pašnāvību rādītāji ilgstoši pārsniedz ES vidējos rādītājus, valsts apmaksāto pakalpojumu grozā nav paredzēts specializēts psiholoģiskās vai psihoterapeitiskās palīdzības pakalpojums personām ar identificētu pašnāvības risku. Pašnāvības risks nav noteikts kā prioritāra indikācija steidzamai psiholoģiskai vai psihoterapeitiskai intervencei, kā arī nav izstrādāts vienots pacientu aprūpes ceļš pēc riska identificēšanas. 4) Piekļuve psiholoģiskajai un psihoterapeitiskajai palīdzībai lielā mērā ir atkarīga no personas nodarbinātības statusa, darba devēja nodrošinātajām sociālajām garantijām un individuālajām	- Nepieciešams noteikt vienotus principus psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības nodrošināšanai valsts finansētajā veselības aprūpē, paredzot, ka pakalpojumus sniedz sertificēti medicīnas psihologi, kā arī psihoterapeiti un ārsti-psihoterapeiti atbilstoši profesionālajai kompetencei un spēkā esošajam normatīvajam regulējumam. - Valsts finansējuma plānošanā nepieciešams paredzēt prioritāru atbalstu psihoterapeitiskajām metodēm ar augstu pierādījumu bāzi, pasaules un Latvijas līmeņa rekomendācijas un vadlīnijas (KBT, psihodinamiskā psihoterapija, IPT, biheiviorālā terapija). - Nepieciešams ieviest ieteicamos ārstēšanas apjomus, kas kalpotu par	

finansiālajām iespējām. Tas rada nevienlīdzību starp ekonomiski aktīvajiem iedzīvotājiem un sociāli mazāk aizsargātajām iedzīvotāju grupām.	pamatu finansējuma plānošanai un pakalpojumu organizēšanai saskaņā ar starptautiskajām vadlīnijām (NICE, APA u.c. starptautiskās vadlīnijas), kā arī ar Latvijas klīnisko praksi. - Nepieciešams stiprināt psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamību primārās veselības aprūpes līmenī, nodrošinot iespēju pacientam savlaicīgi saņemt valsts apmaksātus psihologa un/vai psihoterapeita/ārsta-psihoterapeita pakalpojumus, īpaši depresijas, trauksmes un psiholoģiskās krīzes situācijās. - Nepieciešams ieviest vienotu ārstēšanas rezultātu monitorēšanas sistēmu ikdienas praksē, kas ļautu izvērtēt ārstēšanas efektivitāti un pieņemt datos balstītus lēmumus par pakalpojumu pilnveidošanu.	

	- Izvērtēt iespējas sadarbībai ar veselības apdrošināšanas sektoru, nosakot minimālos psihiskās veselības pakalpojumu seguma principus veselības apdrošināšanas polisēs, kas veicinātu agrīnāku palīdzības saņemšanu, mazinātu finansiālos šķēršļus un sekmētu vienlīdzīgāku piekļuvi psiholoģiskajai un psihoterapeitiskajai palīdzībai.	
5. Dažādo psihiskās veselības speciālistu kompetences ārstniecībā un pacientu tiesību aspekti		
1. un 2. nodaļā izvērstāk aprakstītas pastāvošās problēmas saistībā ar psihologu un psihoterapijas speciālistu tiesībām un statusu ārstniecībā, kā arī piedāvāts risinājums ar papildus speciālistu izveidi, kas būtu tiesīgi piedalīties ārstēšanas procesā un atbilstu ĀP statusam – *medicīnas psihologs* un *psihoterapeits*, kā arī jau pastāvošais ārsts-psihoterapeits. Nepieciešams skaidrs nošķīrums, definējot šo speciālistu	Visu speciālistu kompetenču izvērstu aprakstu skat. atbilstošajā ziņojuma nodaļā. Šeit izcelts būtiskākais no priekšlikuma viedokļa: 1. *Psihoterapeita* (speciālists, kas iepriekš ieguvusi atbilstošu maģistra līmeņa augstāko izglītību un ir reģistrēta ĀP, papildus iegūstot tālākizglītības apmācību sertifikātu kādā no psihoterapijas novirzieniem (KBT, psihodinamiskā psihoterapija) kompetence ārstniecībā ir	Nepieciešams veikt 1., 2., 3., 4. nodaļās rekomendētās izmaiņas normatīvajos aktos.

kompetences ārstniecības procesa ietvarā, kas ir būtisks pacientu drošībai un pacientu tiesību aspektā – pacientam ir jābūt skaidrībai, kad tiek saņemta ārstniecība, kad – labbūtības veicināšanas pakalpojums, kā arī jābūt skaidrībai, kur vērsties problēmu gadījumā.	strādāt multiprofesionālā komandā, sadarbojoties ar ārstiem (psihiatriem, ārstiem-psihoterapeitiem, ģimenes ārstiem), neveicot pastāvīgu medicīnisku diagnozes noteikšanu. Psihoterapeits strādā atbilstošās psihoterapijas virziena ietvarā, atbilstoši veicot pacienta izvērtējumu, psihoterapeitisko mērķu izvirzīšanu un psihoterapeitisko darbu, izmantojot virzienam atbilstošās psihoterapijas metodes un tehnikas. Savukārt, *psihoterapijas speciālists* nenodarbojas ar ārstniecību, nav iesaistīts ārstēšanas procesā, bet tā nemedicīniskā darbība ir vērsta uz klienta dzīves kvalitātes uzlabošanu, personības izaugsmi, adaptācijas spēju stiprināšanu un emocionālu atbalstu dzīves krīzēs. 2. Būtiskākās atšķirības starp klīniskā un veselības psihologa un medicīnas psihologa kompetencēm ir:	

	- Medicīnas psihologs ir ĀP, ar padziļinātām zināšanām par psihi, farmakoloģiju, psihisko un somatisko slimību patofizioloģiju (tiek apgūts starpdisciplinārajā tālākizglītības papildizglītības programmā); - Medicīnas psihologs tiek integrēts multidisciplinārajā komandā, kopā ar citiem speciālistiem (psihiatriem, ārstiem-psihoterapeitiem, neirologiem, somatiskajiem ārstiem) izstrādājot ārstēšanas un rehabilitācijas plānu, kā arī to realizējot (psiholoģiskā izpēte, psihoedukācija, psiholoģiskās intervences), savukārt klīniskais un veselības psihologs var tikt piesaistīts kā ārējs speciālists, veicot padziļinātu psiholoģisko izpēti diferenciāldiagnostikas nolūkos, sniedzot savu slēdzienu, rekomendācijas.	

	- Klīniskā un veselības psihologa darbību regulē psihologu likums, savukārt medicīnas psihologa darbību regulē arī ĀL un ar to saistītie normatīvie akti. Papildus izvirzīts priekšlikums par bērnu un pusaudžu psihiskās veselības procesos iesaistītajiem speciālistiem - detalizētu amatu aprakstu, iegūstamās izglītības (minimālo apgūstamo mācību apjoms kompetencēs bērna attīstības psiholoģijā, ģimenes sistēmu izpratnē, komunikācijā ar bērniem un pusaudžiem, bērnu tiesību aizsardzības jautājumos u.c.).	
6. Novērojama finansiāla nevienlīdzība: ilgtermiņa, klīniski nepieciešamo psiholoģisko vai psihoterapeitisko palīdzību bieži iespējams saņemt tikai privātajā sektorā, kas daļai pacientu nav pieejams		
Pastāv būtiska nevienlīdzība psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības pieejamībā. 1) Valsts apmaksāto pakalpojumu apjoms šobrīd ir ierobežots un bieži nespēj nodrošināt nepārtrauktu un klīniski	3. Palielināt valsts finansējumu ambulatorajiem psiholoģiskajiem un psihoterapeitiskajiem pakalpojumiem, īpaši pacientiem ar depresiju, trauksmes traucējumiem, psihosomatiskām	Nepieciešams palielināt valsts finansējumu psiholoģiskajiem un psihoterapeitiskajiem pakalpojumiem, pilnveidot normatīvo regulējumu un paplašināt speciālistu iesaisti valsts apmaksātajā ārstniecībā. Vienlaikus

pietiekamu palīdzību pacientiem ar ilgstošām psihiskās veselības grūtībām. 2) Ilgtermiņa psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība lielākoties pieejama privātajā sektorā un tiek finansēta no pacientu personīgajiem līdzekļiem. Līdz ar to personām ar zemākiem ienākumiem pieejama galvenokārt īstermiņa vai fragmentēta palīdzība, kas bieži tiek nodrošināta tikai akūtu krīžu laikā vai stacionārā ārstēšanā. 3) Arī veselības apdrošināšanas sistēmā psiholoģiskā un psihoterapeitiskā palīdzība tiek segta ļoti ierobežotā apjomā, apmaksājot ierobežotu konsultāciju skaitu, kas bieži vien nav pietiekams pilnvērtīgam ārstniecības procesam, neveicina savlaicīgu un nepārtrauktu ārstēšanu, īpaši pacientiem ar vidēji smagiem vai hroniskiem psihiskās veselības traucējumiem.	saslimšanām, hroniskām psihiskās veselības problēmām, kā arī bērniem un pusaudžiem. 4. Attīstīt pakāpeniskas psihiskās veselības aprūpes modeli, kur palīdzības intensitāte tiek pielāgota pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām, sākot no īstermiņa psiholoģiskām intervencēm un agrīnas palīdzības līdz strukturētai psihoterapijai un multidisciplinārai ārstēšanai sarežģītākos gadījumos. 5. Nepieciešams veicināt psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu plašāku iekļaušanu veselības apdrošināšanas sistēmā, pielāgojot apmaksāto pakalpojumu apmēru pacienta veselības stāvoklim, funkcionēšanas ierobežojumu	jāattīsta multidisciplināra sadarbība un jāveicina plašāks psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības segums veselības apdrošināšanā.

	pakāpei, slimības gaitai un individuālajām ārstniecības, rehabilitācijas vajadzībām. 6. Nodrošināt strukturētu valstiskā mērogā pieejamu pārejas modeli no bērnu un pusaudžu psihiatrijas uz pieaugušo līdzīgi kā tas šobrīd tiek īstenots NPVC sadarbībā ar BKUS.	
7. Kvalitātes prasības pakalpojumu nodrošināšanā (Speciālistu uzskaites kārtība, t.sk., iestādes, kurās sniedz pakalpojumus)		
1. Šobrīd nav pieejama strukturēta un vienota pieeja pakalpojuma kvalitātes uzraudzībai, kas būtu objektīvi balstīta pacienta stāvokļa novērtējumā. 2. Iztrūkstoša ir arī pilnvērtīga komunikācija starp pacienta aprūpē iesaistītajiem speciālistiem (psihologiem, psihoterapijas speciālistiem), kas nav strādājoši vienā ĀI, nav nodrošināta iespēja oficiālā veidā sniegt nepieciešamo informāciju par pacienta ārstniecības, rehabilitācijas rezultātiem. Psihologiem, psihoterapijas speciālistiem nav pieejas e-veselības	1. Noteikt, ka valsts apmaksātus psiholoģiskos un psihoterapeitiskos pakalpojumus ārstniecībā sniedz tikai ĀP, kuras reģistrētas ĀP (līdz pārejas procesa beigām arī ĀAP) reģistrā un kuru profesionālā darbība atbilst normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. 2. Nodrošināt vienotu speciālistu uzskaites sistēmu, kas ļauj identificēt ĀP (līdz pārejas procesa beigām arī ĀAP) profesiju, specialitāti, sertifikācijas statusu un ĀI vai prakses vietu, kurā tiek sniegti valsts apmaksātie pakalpojumi.	Nepieciešams: 1) veikt korekcijas ĀL un ar to saistītajos normatīvajos aktos, Pacientu tiesību likumā, Fizisko personu datu apstrādes regulējumā, Psihologu likumā, nosakot vienotu valsts apmaksāto psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu sniedzēju reģistrācijas kārtību, papildinot reģistru ar atbilstošu informāciju par speciālistiem, kam ir tiesības sniegt pakalpojumus valsts apmaksātas veselības aprūpes ietvaros. 2) Noteikt vienotas prasības psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu

portālam, līdz ar to nav pieejams oficiāls saziņas kanāls ar citiem pacienta ārstēšanā iesaistītajiem speciālistiem.	3. Ieviest vienotas prasības ārstniecības dokumentācijas sagatavošanai, uzglabāšanai un informācijas apritei psiholoģisko un psihoterapeitisko pakalpojumu sniegšanā, nodrošinot ārstniecības procesa pēctecību un pacienta tiesību ievērošanu. 4. Ieviest vienotu ārstēšanas rezultātu izvērtēšanas un monitorēšanas kārtību valsts apmaksātajiem psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem, izmantojot validētus klīniskās novērtēšanas instrumentus un citas pierādījumos balstītas ārstēšanas procesa efektivitātes monitoringa metodes. 5. Nodrošināt vienotas prasības profesionālās kvalifikācijas uzturēšanai, sertifikācijai, resertifikācijai, tālākizglītībai un supervīzijai tiem speciālistiem (ĀP), kuras sniedz psiholoģiskos un psihoterapeitiskos	dokumentēšanai, dokumentācijas uzglabāšanai un informācijas apritei ārstniecības procesā, izstrādājot vienotus ārstniecības dokumentācijas, datu apmaiņas, rezultātu monitorēšanas prasības un kvalitātes indikatorus, nosakot klīniskajā praksē pielietojamos instrumentus, kā arī izmantojot šobrīd likumdošanā definētos dokumentēšanas standartus ārstniecības procesa ietvaros; nodrošinot atsevišķu e-veselības sadaļu un citu digitalizētu risinājumu pieejamību ārstniecības informācijas apritei starp ārstniecības procesā iesaistītajām personām. 3) Nodrošināt veselības inspekcijas, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra, Veselības ministrijas un citu atbildīgo institūciju kapacitāti ārstniecības kvalitātes uzraudzības funkciju īstenošanai.

	pakalpojumus kā daļu no ārstniecības procesa.	

Ziņojuma Nr. 3 autori, ekspertu darba grupas sastāvs:

1. Dr. med. asoc. prof. Jeļena Vrubļevska, psihiatre *(paraksts)**
2. Prof. Māris Taube, psihiatrs *(paraksts)**
3. Dr. Psych., prof. Ieva Bite, klīniskā un veselības psiholoģe *(paraksts)**
4. Dr. psych. Ilze Plauča, klīniskā un veselības psiholoģe *(paraksts)**
5. Dr. Jānis Vītiņš, psihoterapeits *(paraksts)**
6. Dr. Diāna Neperte, psihiatre *(paraksts)**
7. Mg. psych. Inese Putniece, psihoterapijas speciāliste *(paraksts)**
8. Mg. iur. Kristians Benefelds, jurists *(paraksts)**

Ziņojums Nr. 3 izstrādāts ar piesaistīto ekspertu atbalstu:

1. Linda Līva Geldnere
2. Līva Mača
3. Sindija Bilinska
4. Patrīcija Svareniece
5. Deniss Ovčarenko

Ziņojums sagatavots Eiropas Savienības kohēzijas politikas programmas 2021. – 2027. gadam specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot vienlīdzīgu un savlaicīgu piekļuvi kvalitatīviem, ilgtspējīgiem un izmaksu ziņā pieejamiem veselības aprūpes, veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, uzlabojot veselības aprūpes sistēmu efektivitāti un izturētspēju" Eiropas Sociālā fonda Plus projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros, saskaņā ar Veselības ministrijas iepirkumu Nr. VM 2024/14/ESF un pakalpojuma Līgumu Nr. 01-32.8.3.2/126.

Līdzfinansē Eiropas Savienība

2027 Nacionālais attīstības plāns

Veselības ministrija

NPVC

*DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU